

Piloter la médiation en santé dans les territoires

Cadre national et pratiques inspirantes
de pilotage et de coordination des acteurs
de la médiation en santé au niveau local

Mars 2026

Avec le soutien de

Sommaire

L'Ansa

Contexte, objectifs et méthode

Synthèse des recommandations

| | |
|---|-----------|
| I. LA MEDIATION EN SANTE : TRAJECTOIRE D'UNE INITIATIVE ASSOCIATIVE | 10 |
| 1. Un développement de la médiation en santé marqué par des origines mixtes : entre initiatives associatives et dispositif national des adultes relais | 10 |
| 2. Une reconnaissance institutionnelle progressive | 11 |
| A. Un cadre juridique récent | 11 |
| B. Le référentiel de la HAS | 12 |
| C. Les dispositifs expérimentaux | 13 |
| 3. Au niveau national, un pilotage scindé entre santé et social | 14 |
| A. Des pistes de pilotage conjoint entre DGS, DGCS et DIPLP | 15 |
| B. Le pilotage via la Politique de la Ville et le dispositif adulte relais | 16 |
| C. L'implication d'acteurs de la santé publique | 16 |
| 4. Au niveau territorial, des compétences partagées pour le pilotage | 17 |
| A. Les services déconcentrés de l'État | 17 |
| B. Les Agences Régionales de Santé | 18 |
| C. Les collectivités | 20 |
| D. Les CPAM | 22 |
| E. Les associations | 23 |
| | |
| II. AU NIVEAU TERRITORIAL, DES FONCTIONS CLES DU PILOTAGE DE LA MEDIATION EN SANTE PARTAGEES ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS | 24 |
| A. Diagnostiquer les besoins et l'offre | 26 |
| B. Co-construire les orientations stratégiques | 33 |
| C. Financer pour garantir la stabilité et la pérennité des interventions | 38 |
| D. Former, accompagner et animer les réseaux pour valoriser les interventions et en garantir la qualité | 42 |
| E. Coordonner l'offre de médiation en santé pour garantir la cohérence et la complémentarité des actions | 46 |
| F. Sensibiliser les professionnels de santé à la fonction de médiation et aux besoins des publics concernés | 51 |
| G. Suivre l'activité, évaluer l'impact, soutenir et diffuser les travaux de recherche | 53 |
| | |
| III. SYNTHESE DES TERRITOIRES : ETUDES DE CAS | 59 |
| A. Auvergne Rhône Alpes | 59 |
| B. Grand Est | 60 |
| C. Pays de la Loire | 60 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 62 |
| | |
| GLOSSAIRE | 65 |

L'Ansa

L'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) est une association à but non lucratif créée en janvier 2006 afin de lutter contre la pauvreté, les inégalités et l'exclusion. Elle repère, soutient et développe des projets d'innovation sociale en partenariat avec les services publics, les acteurs privés et associatifs et les personnes concernées.

Depuis sa création en 2006 pour expérimenter le RSA, l'Ansa joue le rôle d'un tiers de confiance, qui, en toute indépendance, propose des méthodes reposant sur l'expérimentation locale, le partage des savoirs, la coopération territoriale, la participation des personnes concernées et l'amélioration continue.

Nos métiers



Nos thématiques d'action

A travers ses différentes missions, l'Ansa a développé une connaissance et une expertise sur une diversité de thématiques et de dispositifs liés aux politiques sociales : insertion, accès au logement et à l'hébergement, santé et accès aux soins, handicap, protection de l'enfance, petite enfance et accès à l'alimentation de qualité.

www.solidarites-actives.com

Contexte, objectif et méthode

Si le droit à la santé est juridiquement reconnu en France, de nombreuses inégalités demeurent dans l'effectivité de l'accès aux droits de santé, à la prévention et aux soins¹. Dans ce contexte, la médiation en santé s'est développée progressivement depuis les années 80 afin de *“de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins”*.² Le code de la santé publique la désigne comme *« 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 »*.

Intervention d'aller vers et de faire avec³, la médiation en santé est reconnue comme un « outil de lutte particulièrement adapté contre les inégalités sociales de santé »⁴, en renforçant la littératie en santé des personnes, en accompagnant les personnes dans leurs parcours d'accès aux soins et en adaptant le système de santé à leur situation de vulnérabilité. La médiation en santé agit sur la perception par les personnes elles-mêmes de leurs besoins en santé, sur la diminution des obstacles perçus pour l'utilisation du système de santé, sur la confiance envers une personne ressource, et enfin, sur le renforcement des capacités individuelles et collectives.⁵

Historiquement développée par des structures associatives, à destination de publics en situation d'exclusion sociale (personnes porteuses du VIH, Gens du voyage, travailleurs-es du sexe...), la médiation en santé s'adresse désormais à tous types de personnes en situation de vulnérabilité, confrontées à des obstacles multiples pour accéder et recourir aux services de santé (droits, prévention, soins) dont elles ont besoin. Elle vise également à sensibiliser les professionnels de santé aux besoins et problématiques des personnes éloignées du système de santé et à adapter ce dernier pour mieux accueillir et accompagner ces personnes dans leur parcours de santé.

Malgré la reconnaissance de son utilité sur le terrain et l'institutionnalisation progressive de ses pratiques, le déploiement de la médiation en santé en France resterait relativement peu développé, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estimant en juillet 2023 que le nombre de médiateur·trices en santé en poste en France se situerait entre 750 et 1000 professionnel·les. Comme il n'existe aucun décompte global du nombre de médiateur·trices en France, il s'agit d'une estimation. S'appuyant sur le cadre de référence commun défini par la HAS, la médiation en santé présente une grande diversité de pratiques selon les contextes d'intervention, les territoires et les structures : son déploiement serait relativement parcellaire.

¹ Commission nationale consultative des droits de l'Homme, Avis sur les inégalités de santé, 2022

<https://www.cncdh.fr/sites/default/files/2023-01/A%20-%202022%20-%201%20-%20In%20C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9%2C%20f%C3%A9vrier%202022.pdf>

² HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, recommandation en santé publique, 2017

https://has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

³ Définitions de la HAS : La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect. « Faire avec » sous-entend faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes

⁴ Santé Publique France, Y. Géry, E. Hamel, D. Soleymani, O. Bouchaud, Médiateur en santé : un nouveau métier pour réduire les inégalités, La Santé en Action 2022

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention#:~:text=Accueil%20docs%20La%20Sant%C3%A9%20en%20action%2C%20Juin%202022%2C%20n%C2%B0460%20La%20de%20soin%20et%20de%20pr%C3%A9vention&text=C'est%20un%20nouveau%20m%C3%A9tier%20pour%20la%20population%20C3%A0%20la%20pr%C3%A9vention>

⁵ E. Richard, « Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization of underserved populations: a qualitative study in 2 districts in France », BMC health services research, 04/11/2025

Avec le soutien de Santé Publique France, l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) a mené un travail visant à mieux cerner le pilotage de la médiation en santé, c'est à dire l'ensemble des processus par lesquels des acteurs – qu'ils soient institutionnels (État, Agences régionales de santé (ARS), collectivités...), médicaux et médico-sociaux (centres hospitaliers, maisons de santé...), associatifs ou citoyens – orientent, coordonnent, ajustent et soutiennent la médiation en santé, au niveau national et sur les territoires. Cette définition du pilotage ne se résume pas aux logiques de politiques descendantes ou de gestions techniques, mais intègre également les dynamiques de co-construction, d'échanges et d'apprentissage collectif, ancrées dans des contextes sociaux, territoriaux et institutionnels complexes et variés.

Le travail mené par l'Ansa vise à :

- **Identifier les cadres stratégiques et financiers** dans lesquels la médiation en santé s'inscrit
- **Comprendre les enjeux** et les modalités de la coordination territoriale
- **Valoriser des pratiques inspirantes au regard du pilotage et de la coordination** des acteurs institutionnels et associatifs de la médiation en santé.

La réalisation de cette étude s'est structurée en deux phases.

Phase 1 : Cadrage (Décembre 2024 – Avril 2025)

La phase de cadrage avait pour objectif principal d'établir un état des lieux des connaissances et des pratiques existantes, tout en analysant les évolutions intervenues au niveau national depuis la publication du rapport de l'IGAS⁶. Elle a également permis de préciser les contours de la démarche, d'affiner la fonction de pilotage et de mieux appréhender les besoins exprimés par les acteurs de terrain.

Des **entretiens exploratoires** ont été conduits auprès des principales parties prenantes nationales impliquées dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques de médiation en santé :

- la Direction Générale de la Santé (DGS),
- la Délégation interministérielle à la prévention et à lutte contre la pauvreté (DIPLP),
- l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT),
- la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (FNASAT)
- l'Institut National du Cancer (INCa),
- la Croix-Rouge française.

Une **analyse documentaire** approfondie a été menée, mobilisant les productions administratives et institutionnelles (rapports IGAS, recommandations Haute Autorité de Santé (HAS), etc.), ainsi que les travaux de recherche récents consacrés à la médiation en santé, à ses impacts et à ses modalités de déploiement (liste bibliographique complète en annexe).

Un **groupe de travail** a été réuni avec le soutien du **Collectif pour la promotion de la médiation en (CPMS)**⁷. Il a rassemblé des acteurs engagés dans la mise en œuvre opérationnelle de la médiation en santé sur plusieurs régions.

⁶ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023

https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

⁷ "Le Collectif pour la promotion de la médiation en santé (CPMS) s'est créé en 2022 autour de la volonté partagée de ses membres de « faire force commune » pour promouvoir et sécuriser le métier de médiateur-riche en santé. Constitué en association depuis juin 2025, il est composé aujourd'hui d'environ 140 membres - répartis en 3 collèges, "structures", "médiateur.rices en santé", "personnes qualifiées" - chercheur.euses, principalement). Le CPMS est attentif à reconnaître la médiation en santé dans la diversité de ses formes d'intervention et à l'inscrire en cohérence avec les autres dispositifs de médiation, de promotion de la santé et d'accès aux droits, aux soins et à la prévention existants.

Ce temps de travail collectif avait pour objectif de détailler les modalités de financement et de coordinations locales ; la diversité des pratiques et des dispositifs déployés ; les difficultés rencontrées dans la structuration et la pérennisation des actions ; ainsi que les bonnes pratiques et leviers identifiés pour renforcer la cohérence et la lisibilité du dispositif.

Enfin, une sélection de territoires a été opérée sur la base d'un ensemble de critères visant à garantir :

- une diversité des contextes territoriaux (urbains, ruraux, zones prioritaires, etc.) ;
- une variété de modèles d'organisation et de niveaux de maturité de la médiation en santé ;
- une diversité des différentes modalités de financement et de coordination.

Phase 2 : Exploration de trois régions études de cas (Avril – Septembre 2025)

La seconde phase de l'étude vise à approfondir l'analyse par le biais d'études de cas ciblées, afin d'identifier de manière concrète les modalités de mise en œuvre, les facteurs de réussite et les freins rencontrés dans différents contextes territoriaux : dans les régions Pays de la Loire, Grand Est et Auvergne-Rhône Alpes (AURA). Des exemples d'autres territoires notamment de la Guyane sont également évoqués.

Des entretiens ont été menés avec les structures suivantes :

Auvergne-Rhône-Alpes :

- Délégation de Santé Publique France
- ARS
- Structure porteuse de l'expérimentation SECPA
- Labo Cités

Pays de la Loire :

- Délégation de Santé Publique France
- ARS
- Délégué du préfet à la politique de la ville du Maine et Loire
- Chef de mission direction santé métropole + Ville de Nantes
- Les Forges Médiation
- Co'santé
- URML
- Médecins du Monde

Grand Est :

- Délégation de Santé Publique France
- ARS
- Commissaire à la lutte contre la pauvreté
- Eurométropole de Strasbourg
- Médecins du Monde
- Asalée

Guyane : un entretien groupé avec le CRPV et l'association ADER

Le CPMS est à la fois une plateforme de mobilisation, d'appui et de coordination des initiatives de médiation en santé, d'échange d'expériences et d'informations, mais également de co-construction d'un plaidoyer partagé en faveur du déploiement pérenne de la médiation en santé et de la sécurisation des professionnel·les, pairs et non pairs, qui l'incarnent dans leurs activités au quotidien."

Le présent rapport est organisé en trois parties afin d'analyser la médiation en santé, ses modalités de pilotage et ses enjeux territoriaux.

La **première partie** s'attache à retracer l'évolution de la médiation en santé, depuis ses origines associatives jusqu'à sa reconnaissance progressive comme politique publique. Elle examine le cadre juridique et réglementaire, les dispositifs expérimentaux, ainsi que les modes de pilotage institutionnels au niveau national. Elle détaille les différentes compétences des acteurs territoriaux dans lesquelles peuvent s'inscrire des actions de médiation en santé.

La **deuxième partie** se concentre sur les fonctions clés du pilotage de la médiation en santé au niveau territorial. Elle détaille les actions de co-construction, de financement, de coordination, d'adaptation de l'offre de soins, de formation et de diffusion de la recherche, en insistant sur la répartition des responsabilités entre les différents acteurs publics et associatifs.

La **troisième partie** propose une synthèse à partir d'études de cas menées dans les trois régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Pays de la Loire), afin d'illustrer concrètement les pratiques, les leviers et les défis rencontrés sur le terrain.

Ce travail a été réalisé grâce au soutien de Santé Publique France.

Il a bénéficié de l'éclairage et des précieuses relectures d'un comité de suivi réunissant

- Santé Publique France
- La Direction Générale de la Santé (DGS)
- La Délégation Interministérielle à la Lutte contre la Pauvreté (DIPLP)
- La FNASAT

Nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des membres du comité pour leurs contributions, leurs orientations stratégiques et la qualité de leurs échanges tout au long du projet. Leur expertise, croisée à celle des acteurs rencontrés dans le cadre de l'enquête a permis d'enrichir l'analyse, d'aboutir à des recommandations plus robustes et d'assurer la pertinence des résultats présentés.

Synthèse des recommandations

| Recommandation pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote au niveau territorial | Acteur soutien |
|---|--|---|
| <p>Systematiser la conduite de diagnostics territoriaux à chaque échelle d'intervention avant la construction de plans d'actions. Ces diagnostics devront intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une analyse des besoins et des attentes des populations objectivés via la mobilisation d'indicateurs de santé publique, de remontées qualitatives des besoins et éventuellement d'enquêtes spécifiques auprès des populations cibles. • le recensement des structures porteuses de projets en médiation en santé et l'examen de la cohérence des actions de médiation en santé au référentiel de la HAS, afin d'ajuster l'offre de médiation aux spécificités locales et d'éviter les risques de superposition, d'insuffisance ou d'inadéquation des réponses • l'examen de l'adéquation des actions des médiations en santé (déployées et en projet) avec la stratégie de l'ARS en particulier du PRS et du PRAPS (et / ou des autres acteurs pilotes concernés) • la définition d'indicateurs d'évaluation de processus et d'activité permettant un suivi objectivé et continu du déploiement territorial. | <p>ARS, Collectivités locales, Observatoires régionaux en santé Représentations citoyennes</p> | <p>Porteurs de projets, Santé Publique France en région, Équipes de recherche</p> |
| <p>Mobiliser prioritairement les cadres d'action existants (CLS et PRAPS) pour la construction de feuilles de routes de la médiation en santé afin de consolider la légitimité institutionnelle des dispositifs et d'optimiser l'allocation des ressources, en s'appuyant sur l'articulation entre les niveaux locaux (collectivités) et régionaux (ARS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articuler les plans d'actions de plusieurs échelles notamment via les Contrats Locaux de Santé, portés par les collectivités • Inscrire la médiation en santé dans une stratégie large, de préférence via une feuille de route institutionnelle (PRAPS ou CLS notamment) afin : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'inclure dans l'écosystème des autres actions de santé et / ou de lutte contre la précarité (accès aux droits, logement, insertion...) ○ de lui garantir une reconnaissance institutionnelle et une légitimité renforcée auprès des acteurs publics, des financeurs et des partenaires. ○ d'associer l'ensemble des acteurs impliqués dans le déploiement de la médiation en santé afin de faire de ce plan d'action un socle partagé • Définir des objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Définis dans le temps) pour le déploiement de la médiation en santé notamment en matière de couverture territoriale, de populations approchées, de financements et de nombre de postes, mais aussi sur les fonctions "soutien" comme la formation, l'analyse des pratiques.... (associés à des indicateurs d'évaluation) | <p>ARS et collectivités</p> | |
| <p>Poursuivre les efforts pour rationaliser l'architecture des financements au niveau régional en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisant la centralisation, au niveau des ARS, des informations relatives à l'ensemble des financements mobilisés, tous financeurs confondus, afin d'améliorer la lisibilité, la cohérence et le pilotage des interventions • Mobilisant de manière complémentaire par les ARS le FIR et l'ONDAM : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'ONDAM dans le cadre de dispositifs médico-sociaux qui intègrent au sein de leur équipe un.e médiateur.trice ○ le FIR pour le financement d'autres types d'actions notamment associatives • Articulant des financements complémentaires par la politique de la ville, les collectivités, les structures privées, les DREETS et DDETS | <p>ARS</p> | <p>Collectivités, politique de la ville, financeurs privés, DREETS et DDETS, CPAM, CNAM</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Structurer une offre de formation professionnelle pour les médiateurs et médiatrices en santé, en priorisant la création d'un diplôme universitaire par région voire d'une Licence professionnel de mediateur.trice en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser la sécurisation des compétences autour du référentiel de la HAS • Structurer une offre de formation à l'échelle régionale articulant <ul style="list-style-type: none"> ○ formation initiale, via les licences notamment ○ formation continue via les DU notamment ○ validation des acquis de l'expérience • Maintenir des voies d'accès inclusives à la formation, afin de préserver la diversité des profils et l'ancrage expérientiel du métier. Le recours aux financements par les OPCO (opérateurs de compétences) constitue à cet égard un levier central. | Universités | Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, France Travail, ARS |
| <p>Soutenir la structuration des réseaux de médiation en santé existants ou en développement, à l'échelle territoriale ou régionale, afin d'offrir un espace de partage des pratiques et d'outils pour les médiateur.trices en santé qui permette l'analyse et l'échange des pratiques, la montée en compétences, l'accompagnement des structures pour l'intégration des médiateur.trices en santé dans des équipes pluridisciplinaires et la valorisation de leurs actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'adosser à des pôles ressources régionaux déjà existants dans les champs du sanitaire et du social • Articuler ce réseau au réseau répertorié par les ARS des structures financées en médiation en santé sur le territoire • Penser un réseau <ul style="list-style-type: none"> ○ à l'échelle locale, en cohérence avec les CLS ○ à l'échelle régionale et/ou départementale, de manière articulée avec les ARS et leurs DT, mais aussi les URPS, réseaux de CPTS et CRSA | Réseaux existants ou en développement, acteurs implantés sur les territoires ayant une expertise d'animation-coordination de réseau, dont les Promosanté | ARS, structures de soins coordonnés (DAC, CPTS, MSP...) |
| <p>Soutenir les médiateur.trices dans leur inscription ou leurs relations avec les services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les médiateur.trices dans la sensibilisation des acteurs de l'offre de soins • Développer des campagnes de communication et d'interconnaissances • Favoriser l'inclusion de la médiation en santé dans les parcours de formation des acteurs de la santé, du social et du médico-social • Relayer l'information de l'existence des actions de médiation en santé auprès des partenaires locaux | ARS, URPS, CHU | Structures de soins coordonnés (DAC, CPTS, MSP...), CPAM, CCAS, PMI, structures sociales, réseaux associatifs, réseaux de professionnel.les |
| <p>Instaurer une culture commune d'évaluation de l'efficacité : définir et déployer des méthodes d'évaluation partagées entre financeurs et opérateurs, promouvoir le recours et l'identification d'interventions efficaces ou prometteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construire des méthodes de suivi-évaluation avec et pour les structures porteuses de projet en définissant : <ul style="list-style-type: none"> ○ des critères de réussite communs et partagés, déclinés en indicateurs d'impact spécifiques à la médiation en santé et cohérents avec les feuilles de route territoriales et régionales ○ des méthodes de collectes de données réalistes pour les équipes de terrain • Valoriser les résultats de ces évaluations auprès de l'ensemble des partenaires y compris institutionnels • Capitaliser sur les évaluations existantes pour identifier et reproduire les interventions efficaces ou prometteuses, notamment dans le cadre de l'article 51 | ARS, | Santé Publique France, Observatoires régionaux de santé, équipes de recherche |

Notre travail cible des recommandations au niveau territorial (régional et local). A noter que le rapport IGAS propose des recommandations au niveau national en particulier concernant un portage national centralisé au niveau ministériel et une rationalisation des financements.

I. LA MEDIATION EN SANTE : TRAJECTOIRE D'UNE INITIATIVE ASSOCIATIVE SOUTENUE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

1. UN DEVELOPPEMENT DE LA MEDIATION EN SANTE MARQUE PAR DES ORIGINES MIXTES : ENTRE INITIATIVES ASSOCIATIVES ET DISPOSITIF NATIONAL DES ADULTES RELAIS

Dans les années 1990, alors que les personnes atteintes de l'infection VIH sont marquées par une grande marginalisation et des difficultés à naviguer dans des systèmes de soins inadaptés, des associations communautaires (PPVIH, usagers de drogues, travailleurs du sexe...) prennent un rôle croissant pour orienter et renforcer les parcours de soins des personnes concernées. La première « génération » de médiateur·trices en santé est lancée, et couplée aux avancées des « adultes relais » en quartiers prioritaires de la politique de la ville qui permettent de trouver un cadre juridique et financier pour les médiateurs en santé. La pratique de médiation en santé s'est alors progressivement professionnalisée.

En effet, la médiation en santé apparaît comme un corolaire du développement des « adultes-relais », dispositif de médiation sociale créé en 1999, ciblé sur les quartiers prioritaires de la ville (QPV), dont l'objectif est double : « améliorer, dans les quartiers relevant de la politique de la ville (QPV), les rapports sociaux dans les espaces publics », faciliter l'accès à l'emploi et aux droits des personnes habitant ces mêmes quartiers.⁸ Les adultes relais sont employés par une diversité de structures -collectivités, établissements publics de santé, organismes de droit privé à but non lucratif...- en convention avec l'Etat, représenté par le préfet.

Si la santé peut représenter une partie de l'activité des « adultes relais », leur approche est plus généraliste et axée sur l'orientation des publics vulnérables vers les dispositifs sociaux et d'accès aux droits. Plusieurs initiatives s'orientent vers des actions définies aujourd'hui comme de la médiation en santé.

Sur le terrain

Les différentes études de cas montrent l'héritage de visions plurielles de la médiation en santé, parfois coexistantes, entre une approche territoriale issue de l'héritage des politiques de la ville, et une approche populationnelle, issue de l'historique d'actions associatives auprès de certains types de populations marginalisées. En AURA, l'ARS décline par exemple sa stratégie en deux volets :



On a distingué deux types de médiateurs. Premièrement les médiateurs qui ont une approche territoriale : cela peut être un QPV, une ville, un EPCI... Dans ce cas n'importe quel habitant peut solliciter le médiateur. Deuxièmement, des actions de médiation avec une approche par public spécifique : cela peut être des gens du voyage, des personnes hébergées.

ARS AURA

En AURA également, Labo Cités, le Centre de Ressources en politique de la Ville a été missionné par l'ARS pour animer le réseau des médiateur·trices en santé en quartiers prioritaires de la ville, avant de s'élargir progressivement aux autres médiateur·trices du territoire.

⁸ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

2. UNE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE PROGRESSIVE

Entre 2000 et 2005, le ministère de la Santé a soutenu la formation de 150 “médiatrices et médiateurs de santé publique” dans le cadre d’un programme avec l’institut de médecine d’épidémiologie appliquée (IMEA)⁹. Avec l’adossement possible aux adultes relais de la politique de la Ville, cela a constitué le socle du développement de la médiation en santé, principalement en Ile de France à l’origine.

De premières expérimentations de médiation en santé avec une approche populationnelle ont été lancées dans le cadre de partenariats entre associations et Direction générale de la santé (DGS) : prévention du VIH chez les migrants (COREVIH, 2005), prévention VIH/IST auprès des travailleurs du sexe (PASTT), action pour la santé materno-infantile chez les populations roms vivant en bidonvilles (2011-2012), élargie aux « Gens du voyage en situation de précarité » (2016), grâce au Programme national de médiation sanitaire, mis en œuvre par plusieurs associations et soutenu financièrement et sur le volet évaluation par la DGS et l’INPES (aujourd’hui Santé publique France). Des initiatives locales comme celle de l’association PoPS à Grenoble (dès 1994) ont participé à l’institutionnalisation de la médiation en santé avec, en 2002, l’élaboration d’une charte puis d’un guide de capitalisation en 2015. Les résultats prometteurs de ces initiatives ont conduit à un essaimage progressif et multimodal de la médiation en santé. Les structures porteuses de médiation en santé se sont diversifiées en incluant des hôpitaux et centres de santé communautaires, des maisons pluriprofessionnelles, des collectivités territoriales... En parallèle, des ARS ont initié le financement de postes de médiateurs en santé, notamment l’ARS Auvergne Rhône-Alpes, qui a lancé des appels à projets ciblés sur les quartiers prioritaires.¹⁰

A. UN CADRE JURIDIQUE RECENT

La reconnaissance institutionnelle de la médiation en santé a été complétée par une reconnaissance légale : l’article 90 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a introduit dans le Code de la santé publique (CSP) un nouvel article (art. L. 1110-13) :

La médiation sanitaire et l’interprétariat linguistique visent à améliorer l’accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d’intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d’interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d’interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé. Les modalités d’application du présent article sont déterminées par décret. **Code de la santé publique, art. L. 1110-13**

L’article D. 1110-5 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017, donne une définition réglementaire de la médiation en santé :

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. **Code de la santé publique, art D. 1110-5**

⁹ 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 œuvre par l’IMEA. Ministère de la santé et des solidarités. 2006 ;136.

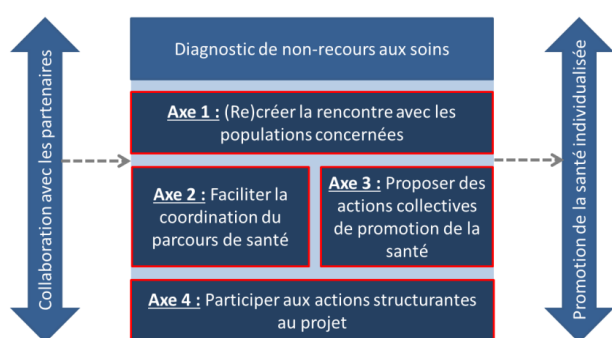
¹⁰ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E.Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

B. LE REFERENTIEL DE LA HAS

A la suite du travail législatif, la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la HAS pour inscrire ce thème à son programme de travail. »¹¹ La HAS a ainsi élaboré en octobre 2017 un référentiel, en prenant appui sur l'expertise d'acteurs associatifs « historiques » impliqués dans la médiation en santé et de chercheurs.euses ayant investigué le sujet. Etape significative pour la reconnaissance du métier de médiateur en santé, ce référentiel définit les compétences et formations requises pour les médiateurs en santé, et à identifier des bonnes pratiques. Ce référentiel reconnaît trois grands principes déontologiques :

- La confidentialité et le secret professionnel
- Le non-jugement
- Le respect de la volonté des personnes

Il définit 4 axes d'intervention de la médiation en santé :



Sur le terrain : L'analyse bibliographique des documents stratégiques des différentes institutions, ainsi que les entretiens montrent une référence quasi-systématique au référentiel de la Haute Autorité de Santé, qui a permis une véritable référence partagée entre l'ensemble des acteurs.



Il existe plusieurs sortes de médiations. Concernant la médiation en santé, nous nous appuyons sur le référentiel de la HAS. **ARS AURA**

La dynamique de cette reconnaissance institutionnelle à la fois amplifiée et enlisée par la crise du Covid 19 :

Le référentiel de la HAS, pierre angulaire de la reconnaissance de la médiation en santé, paraît fin 2017. Deux ans après cette parution, la pandémie du Covid 19 se propage dans le monde entier et marque fortement le contexte sanitaire et politique français. Plusieurs ARS témoignent avoir été submergées par la charge de travail entraînée par la crise sanitaire et avoir du reporter les autres chantiers en cours :

« Le référentiel est sorti en 2017, et le temps d'appropriation est tombé pendant le Covid (...) Les travaux ont été laissés en suspend et ont été relancés seulement avec l'écriture et la publication du nouveau PRAPS 2023-2028 ». ARS Grand Est

Au contraire, dans d'autres territoires, la médiation en santé a connu un **fort essor comme faisant partie de la réponse aux inégalités sociales exacerbées par la crise**. Pour exemples : en Guyane, selon le Centre de Ressources en Politique de la Ville et Actions pour le développement, l'éducation et la recherche (ADER) deux acteurs pilotes de la stratégie régionale de la médiation en santé, « la crise Covid a mis en exergue le besoin de

¹¹ HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, recommandation en santé publique, 2017
https://has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

médiation ». Cette dynamique a été similaire pour l'Eurométropole de Strasbourg : « La médiation chez nous, c'est un concept qui a émergé au moment du Covid. Avant on n'en parlait pas, ce n'était pas un sujet. Ça a commencé avec la nécessité d'aller vers les populations avec un souci d'augmenter leur littératie en santé spécifiquement sur le sujet covid ». En Nouvelle-Aquitaine, où la médiation en santé était déjà **largement déployée avant la pandémie**, elle a constitué un outil central du plan de lutte contre la Covid-19 mené par l'ARS. Ce dispositif a renforcé la communication de proximité avec les Gens du voyage, identifiés comme particulièrement vulnérables face au virus. Une étude pilotée par Santé publique France a mis en évidence son rôle dans la diffusion des informations sanitaires et l'accompagnement des actions de prévention.¹²

Dans le cadre de la stratégie gouvernementale « Tester Alerter Protéger » (TAP), l'EHESP – l'école des hautes études en santé publique- a également lancé une formation en e-learning à destination de médiateur.trices spécialisé.es sur la lutte anti-covid, les MLAC, notamment la sensibilisation aux gestes barrières et à la vaccination. Cependant, cet essor observé pendant la crise sanitaire a été peu structuré selon certains acteurs, et aurait participé à entraîner une forme de confusion autour de la terminologie de ce qu'est un.e médiateur.trice : « Au moment du covid tout a été faussé car certains ont embauché des « médiateurs » qui allaient dans les lieux de vie pour faire de la sensibilisation mais pas de la médiation en santé. Il y a des médiateurs sur des villes qui ont eu un rôle proche de la police municipale. On a vu une confusion entre médiation en santé et médiation sociale. » **Structure porteuse d'actions en médiation en santé**

C. L'INSCRIPTION DU METIER DE MEDIEUR ET MEDIATRICE EN SANTE DANS LE REPERTOIRE OFFICIEL DES METIERS ET EMPLOIS (ROME)

En juin 2025, France Travail en collaboration avec le Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé (CPMS) a élaboré une fiche ROME de médiateur et médiatrice en santé, décrivant les compétences, savoir-faire principaux et complémentaires, savoir-être et savoirs du métier, les techniques professionnelles mobilisées ainsi que les conditions d'accès à l'emploi et les différents contextes de travail.¹³

N'ayant aucun caractère réglementaire et ne prodiguant pas un statut professionnel au métier, cette fiche ROME peut néanmoins venir en appui aux acteurs concernés par le déploiement de la médiation en santé pour garantir le cadre d'intervention des dispositifs mis en œuvre (en particulier, elle est un outil ressource pour construire une fiche de poste de médiateur.trice en santé). Elle est par ailleurs utilisée dans les offres d'emploi concernées, éditées par France Travail et peut constituer un document socle pour la rédaction de cahier des charges ou d'appels à projet par des financeurs

D. LES DISPOSITIFS EXPERIMENTAUX

Deux dispositifs expérimentaux incluent obligatoirement la médiation en santé dans leur cahier des charges :

- Expérimenté entre 2011 et 2016 et depuis pérennisé et essaimé, le dispositif **Un Chez soi d'Abord**, propose un accompagnement dans et vers le logement à des personnes sans domicile, atteintes d'une pathologie mentale dite sévère, et non prises en charges par les dispositifs classiques. Il s'appuie sur le principe du logement comme droit fondamental, sans condition préalable de soin ou de stabilisation. Le dispositif est porté par des équipes constituées d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers, de médiateurs en santé pairs*, de psychologues, de psychiatres, ainsi que de chargés de captation et de gestion locative. La médiation en santé paire joue un rôle clé dans la continuité du suivi, en favorisant la relation de confiance et en aidant à surmonter les obstacles liés à la précarité ou aux troubles psychiques. Évalué

¹² Santé publique France. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes de COVID-19.

<https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/article/accompagnement-des-gens-du-voyage-face-a-la-pandemie-de-covid-19-l-apport-de-la-mediation-en-sante>

¹³ <https://candidat.francetravail.fr/metierscope/fiche-metier/K1220/mediateur-mediatrice-en-sante>

scientifiquement, *Un chez soi d'abord* a démontré sa capacité à améliorer la stabilité résidentielle, la santé globale et l'inclusion sociale des personnes concernées.¹⁴¹⁵¹⁶

- Le **dispositif SECPA** (Structures d'Exercice Coordiné Participatif), mis en œuvre dès juillet 2021 via l'arrêté ministériel du 9 juillet 2021, relève de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 : il vise à tester de nouveaux modèles organisationnels et économiques pour les centres et maisons de santé dits « participatifs » implantés dans des territoires en difficulté. Ces structures expérimentales, soutenues par le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les ARS et l'IGAS, ont pour ambition de renforcer l'accès aux soins et la prise en charge pluridisciplinaire, notamment par l'intégration de la médiation en santé comme mission obligatoire. Le rapport au Parlement 2022 et 2023¹⁷ sur les expérimentations Article 51 précise que les projets doivent améliorer le parcours de soins des patients, leur efficacité et l'accès aux droits, en dérogeant au financement à l'acte classique au profit d'un modèle d'exercice coordonné.
- L'expérimentation de « Centres de santé et de médiation en santé sexuelle » portée par les associations Virage Santé à Lyon, AIDES à Montpellier et à Marseille, Le Kiosque Infos Sida et Arcat à Paris, vise à déployer des **centres de santé sexuelle d'approche communautaire** pour améliorer l'accès aux soins des populations clés, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes trans et les travailleurs-euses du sexe. Les équipes pluridisciplinaires comprenaient notamment des **médiateurs** dont le rôle était d'accompagner, orienter et faciliter l'accès aux soins pour les publics éloignés. L'expérimentation – depuis pérennisée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 - a montré que l'approche communautaire, combinée à la médiation, améliorerait l'accessibilité, la personnalisation des parcours et la qualité de l'accompagnement, tout en mettant en évidence des besoins de valorisation et de reconnaissance du métier de médiateur.

*Le terme de médiateur en santé pair désigne une personne intervenant en tant que médiateur en santé, s'appuyant également sur leur savoir expérientiel. Le médiateur en santé pair est un médiateur ayant une expérience vécue de la maladie, de la précarité ou de l'exclusion sociale, ou une proximité avec un territoire (quartier) ou la culture et la langue d'une population et qui mobilise cette expérience pour accompagner d'autres personnes en situation similaire dans leur parcours de santé.

3. AU NIVEAU NATIONAL, UN PILOTAGE SCINDE ENTRE SANTE ET SOCIAL ¹⁸

Malgré la normativité induite par la définition dans le code de la santé publique et de la HAS, la médiation en santé continue à revêtir des visions multiples, conséquence de son développement par expérimentations successives, et de son double portage par les secteurs sanitaires et sociaux. En effet, d'après l'IGAS « l'absence de reconnaissance statutaire entretient l'ambiguïté sémantique autour de ce que recouvre la « médiation en santé » et limite sa bonne appréhension tant par les publics concernés que par les acteurs institutionnels et les médiateur·trices ». ¹⁹

Au niveau de l'État, plusieurs ministères et agences sont impliqués dans la conception, le pilotage ou le soutien à la mise en œuvre des actions de médiation en santé :

¹⁴ Santé Publique France, *Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement*, 2020
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-chez-soi-d-abord-accompagner-les-personnes-sans-abri-vers-et-dans-leur-logement>

¹⁶ D. Ouakli, *Le travail de médiatrice en santé paire au sein du programme « Un chez soi d'abord »* Les cahiers de Rhizome, 2019
https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhi71_13-ouakliil.pdf

¹⁷ Ministère de la santé et de la prévention, *Rapport au parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

¹⁸ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E.Henry, N. Tourniaire, *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

¹⁹ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E.Henry, N. Tourniaire, *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

- Les ministères sociaux et sanitaires, dont :
 - La direction générale de la santé (DGS)
 - La direction générale de l'offre de soins (DGOS)
 - La direction de la sécurité sociale (DSS)
 - La direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
 - La délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal)
- La direction interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP)
- Le ministère de la ville et l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)
- Santé publique France

Si plusieurs directions ministérielles et agences d'État sont concernées, aucune n'a explicitement, et seule, la charge du pilotage de la médiation en santé.

A. DES PISTES DE PILOTAGE CONJOINT ENTRE DGS, DGCS ET DIPLP

Comme détaillé précédemment, la Direction générale de la santé a impulsé un grand nombre d'expérimentations et de développements de la médiation en santé depuis les années 2000, d'abord en liens avec les pathologies infectieuses puis plus largement comme mode d'intervention pour lutter contre la précarité et les inégalités sociales de santé. La DGS et d'autres directions des ministères sociaux (DGOS, DSS, DGCS), ont également missionné la HAS pour élaborer son référentiel.

L'ensemble de ces directions, ainsi que la Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté (DIPLP) partagent une vision commune de la médiation en santé -celle d'une pratique professionnalisée issue du Code de la santé Publique, du référentiel de la HAS (Haute Autorité de Santé) - et cohérente avec les recommandations de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales).

L'IGAS relève justement :

« A l'exception notable de la DIPLP – qui ne dispose toutefois pas du dimensionnement nécessaire pour assurer ce suivi tout en conduisant ses autres missions – la médiation en santé ne constitue une priorité d'action pour aucune des directions des ministères (DGOS, DGS, DSS, DGCS). Le caractère fragmenté et secondaire du pilotage des enjeux de la médiation en santé au sein des ministères sociaux est susceptible de compromettre l'opérationnalisation de la présente feuille de route, la mission recommande la mise en place d'un comité *ad hoc* chargé de piloter, en lien avec les acteurs concernés, l'avancement concret des recommandations » IGAS²⁰

Dans ce contexte, l'IGAS recommande la mise en place d'un comité national *ad hoc* de pilotage de la médiation en santé, composé des administrations identifiées, de personnes qualifiées et acteur.rices de terrain.

Ce constat de fragmentation est partagé par la Direction Générale de la Santé qui relève que la médiation en santé est considérée comme une priorité et régulièrement abordée dans les stratégies nationales de santé, mais qu'elle reste répartie dans des feuilles de route thématiques (par exemple sur la santé sexuelle, ou sur la nutrition et l'obésité). La DGS axe donc son travail sur les pistes de centralisation du pilotage, de valorisation des pratiques, et d'outillage de l'échelon intermédiaire du pilotage (ARS, collectivités...).

La DIPLP partage cette perspective de structuration par un pilotage opérationnel via un comité de projet, et le besoin d'accompagnement des ARS, tant financier que méthodologique.

²⁰ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E.Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

La DIHAL pourrait également jouer un rôle dans le pilotage de la médiation en santé, notamment dans le cadre du déploiement du dispositif *Un Chez Soi d'Abord*, qui fait suite à l'expérimentation précédemment évoquée. Ce programme prévoit la mobilisation de **médiateur-trices en santé pairs** afin de faciliter l'accompagnement vers et dans le logement des personnes sans domicile souffrant d'une pathologie mentale dite sévère. Par ailleurs, la participation de la DIHAL à la **Commission nationale des Gens du voyage** constitue un point d'articulation supplémentaire avec les actions de médiation en santé. Dans son ensemble, cette implication illustre à la fois la **diversité des approches possibles** en médiation en santé et la manière dont son pilotage reste **réparti et fragmenté** au niveau national.

B. LE PILOTAGE VIA LA POLITIQUE DE LA VILLE ET LE DISPOSITIF ADULTE RELAIS

La médiation en santé est parfois pensée comme une forme de médiation sociale, impulsée notamment par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT). S'inscrivant dans le cadre plus global des politiques de la ville, elle mobilise des postes d'adultes-relais, dont la mission est globalement tournée vers le lien social, avec une approche plus souple du champ sanitaire.

Créée le 1er janvier 2020, remplaçant le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) est un « établissement public ayant pour objectif de faciliter les projets portés par les collectivités, en déployant des dispositifs de l'État en faveur de la cohésion territoriale et en facilitant l'accès des petites collectivités à l'ingénierie »²¹. Elle joue un rôle central dans la mise en œuvre de la politique de la ville en accompagnant les acteurs locaux. C'est dans ce cadre qu'elle est impliquée dans des actions :

- De « médiations sociales en santé », qui sont des actions proches de la médiation en santé (sur le volet accompagnement individuel dans l'accès aux droits et l'appui à la navigation dans le système de santé) via le financement des postes « adultes relais », un réseau de 4 000 à 5 000 postes sur l'ensemble du territoire en QPV. Dans ce modèle, la santé est un volet parmi d'autres, intégré à une logique territoriale et sociale d'accompagnement global des populations éloignées des institutions. On parle alors de médiation sociale en santé (en référence au Code de l'Action sociale et des familles). L'ANCT accompagne la formation des médiateurs et leur sortie vers l'emploi ce qui limite la professionnalisation du métier de médiateur sur les sujets de santé.
- De médiations en santé, au sens strict du terme, notamment via son financement de l'expérimentation SECPA de centres et maisons de santé participatifs, implantés dans ou à proximité de quartiers prioritaires de la ville.

C. L'IMPLICATION D'ACTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE

Santé Publique France est pleinement impliqué dans le développement des compétences des médiateur.rices en santé en soutenant les actions de formations et de mutualisation des pratiques du Programme National de Médiation en santé (PNMS, voir présentation détaillée p21)) et en mobilisant différents leviers de partage de connaissances : dossier dans la revue *La Santé en action*, session des Rencontres de Santé publique France. L'agence met également à disposition des supports d'information en prévention adaptés aux publics ayant une faible littératie en santé ou allophones : flyers, brochures, vidéos etc. qui peuvent être commandés gratuitement. Ce sont des outils régulièrement utilisés dans les actions de médiation en santé. L'agence est également impliquée dans l'évaluation et la recherche autour de la médiation en santé. En juin 2020, Santé publique France a lancé, en partenariat avec la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv), une étude visant à identifier les modalités d'action jugées facilitantes par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan de lutte contre la Covid-19. L'agence soutient désormais, au côté de l'ARS PACA, le projet "13 en santé" – une intervention de médiation en santé auprès des populations vulnérables de Marseille et du Grand-Avignon, qui comporte un axe d'évaluation très ambitieux avec une étude d'impact de la médiation en santé. Le projet a un caractère particulièrement innovant concernant la documentation de

²¹ Cour des Comptes, L'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) – un outil à consolider – Exécution 2020-2022, 2024 <https://www.vie-publique.fr/rapport/293113-l-agence-nationale-de-la-cohesion-des-territoires-anct>

l'intervention, le diagnostic territorial, l'évaluation des besoins de la population, la supervision et l'analyse des pratiques, la construction d'indicateurs co-élaborés et en lien avec les acteurs de terrain à visée de pilotage et d'évaluation. Le projet est en phase de candidature pour l'article 51.

D'autres acteurs de la santé publique, notamment l'Institut national du cancer (INCa), conçoivent la médiation comme un outil de prévention des inégalités en santé, intégré à des pratiques diversifiées d'équipes pluriprofessionnelles. Cette vision s'appuie sur une typologie d'actions que le travail de l'INCa a permis d'identifier comme probantes, telles que le soutien à la navigation dans les parcours de soins, les actions pour améliorer l'accessibilité géographique des services de santé ou encore le renforcement des connaissances et compétences en santé auprès des publics.

Il est essentiel de souligner que ces approches ne s'excluent pas mutuellement et que les acteurs de terrain s'y réfèrent de manière nuancée selon leurs approches institutionnelles, et les réalités du terrain.



On a toujours fait de la médiation en santé sans le savoir. Nos actions qui reposent sur l'accès à la santé des personnes éloignées ont reposé sur des principes qui relèvent de la médiation, même si le terme est arrivé plus tard. On a beaucoup capitalisé depuis la période Covid où on a essayé d'intensifier nos actions d'aller vers. Avec l'aller vers est venu la nécessité de mettre des mots pour sortir de la vision basique qu'on était juste sur des interventions mobiles mais qu'il fallait actionner des actions sur la relation à l'autre pour aller au plus près des besoins. **Structure porteuse d'actions en médiation en santé**

4. AU NIVEAU TERRITORIAL, DES COMPETENCES PARTAGEES POUR LE PILOTAGE

La médiation en santé ne relève pas d'une compétence unique mais mobilise plusieurs politiques publiques en lien avec l'action sociale et les politiques de santé, au niveau national comme territorial.

Aucune collectivité ou établissement public ne détient une compétence spécifique sur la médiation en santé : leur implication sur la médiation en santé dépend donc de politiques volontaristes sur la base de leurs compétences sur les secteurs sanitaires et sociaux. L'implication des collectivités et acteurs publics varie dès lors d'un territoire à l'autre. Il s'agira ici non pas de présenter les acteurs opérationnels impliqués dans la mise en œuvre, mais de préciser les compétences mobilisées par les acteurs en charge du pilotage de la médiation en santé.

A. LES SERVICES DECONCENTRES DE L'ÉTAT

Les services déconcentrés de l'État assurent la mise en œuvre des politiques publiques au niveau régional et départemental. Ils relaient, sur le terrain, les décisions prises au niveau national et sont le plus souvent placés sous l'autorité du préfet.²²

Ces services sont organisés en plusieurs directions régionales. Les **directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et leur déclinaison départementale (DDETS et DDETSPP)** peuvent être impliquées dans le déploiement de la médiation en santé au titre de leurs compétences sur :

- La lutte contre la précarité et les politiques de cohésion sociale : veille sociale et accès aux droits notamment

²² Vie publique, Quels sont les services déconcentrés ? 2025
<https://www.vie-publique.fr/fiches/20230-que-sont-les-services-deconcentres>

- La participation à la mise en œuvre des politiques de logement : mise en œuvre du plan Logement d’abord, prévention des expulsions locatives, résorption des bidonvilles et habitats informels
- Les actions sociales de la politique de la ville
- La protection des personnes en situation de vulnérabilité et leurs politiques d’inclusion et d’insertion (protection juridique des majeurs, contractualisation avec le département dans le cadre de la protection de l’enfance, inclusion des personnes en situation de handicap, soutien à la politique en faveur des familles)
- Le contrôle et l’inspection des établissements et services sociaux, la formation et certification des professions sociales et paramédicale²³

Sur le terrain



Nous avons peu de coordination opérationnelle pour la médiation en santé. Une coordination est portée par la DDETS dans les bidonvilles, car la DIHAL porte une politique de résorption des bidonvilles, mais cela reste fragmenté, donc compliqué. **Structure porteuse d’actions en médiation en santé**

Le ou la délégué.e du préfet peut également être impliqué sur la médiation en santé, au titre de la politique de la ville. En effet la politique de la ville, coordonnée à l’échelle nationale par l’ANCT, vise à réduire les inégalités territoriales y compris de santé via l’inclusion d’actions de santé dans les contrats de ville, et des contractualisations locales comme les ateliers santé ville (ASV) (précisions ci-dessous, dans la partie C. Les collectivités).²⁴

B. LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Les **Agences Régionales de Santé** sont le relais du ministère de la santé dans les régions : comme les services déconcentrés, elles sont chargées de décliner la politique nationale à l’échelle régionale, avec des possibilités d’ajustement pour tenir compte des spécificités de leurs territoires.²⁵ Les ARS n’ont pas de compétences obligatoires dans le déploiement de la médiation en santé mais peuvent l’inclure dans l’une ou plusieurs de leurs stratégies ou décider de financer des actions. Le projet régional de santé définit les grandes orientations et objectifs d’une ARS sur dix ans : il est le principal instrument du pilotage régional des politiques de santé.

Il est complété, notamment, par un Programme régional d’accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) d’une durée de 5 ans, renouvelé sur l’échéance du projet régional de santé. Le PRAPS est un outil transversal de concertation et de coordination dans la lutte contre les exclusions au niveau régional. Les PRAPS doivent intégrer trois priorités transversales nationales :

- Améliorer l’espérance de vie en bonne santé
- Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient
- Promouvoir l’équité devant la santé

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (2016), une note d’information de la Direction Générale de la Santé (DGS), de la Direction Générale de l’offre de soin (DGOS), de la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGCS) est transmise à l’ensemble des directions d’ARS. La médiation sanitaire y figure avec les

²³ Portail national des directions régionales de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités, Les champs de compétences et de missions des DREETS, de la DRIEETS et des DEETS, 2021
<https://dreets.gouv.fr/Les-champs-de-competences-et-de-missions-des-DREETS-de-la-DRIEETS-et-des-DEETS>

²⁴ Promotion santé Ile de France, Participation des habitants et politique de la ville en matière de santé, 2024
<https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/trouver-ressources/ressources-documentaires/participation-habitants-politique-ville>

²⁵ Vie publique, Quel est le rôle des agences régionales de santé (ARS)? 2024
<https://www.vie-publique.fr/fiches/37936-quel-est-le-role-des-agences-regionales-de-sante-ars>

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et l'interprétariat linguistique comme un outil de renforcement de l'accès aux soins des personnes en difficulté. La fiche souligne la possibilité de « prendre appui » sur le référentiel établi par la HAS afin de favoriser « l'intégration de la médiation sanitaire dans les systèmes de soins au niveau du territoire ». Elle précise également :

Par les moyens que vous jugerez les plus pertinents, vous vous assurerez de l'appropriation de ces référentiels par les différents acteurs que vous aurez repérés, soit parce qu'ils sont déjà engagés dans des actions de médiation sanitaire, soit parce qu'ils pourraient l'être au vu de votre analyse du parcours de soins. **Note d'information DGS / DGOS / DGCS**

.....

Le collège de la HAS soulignait également le rôle des PRAPS dans son avis inclus dans le Référentiel :

L'importance d'un ancrage de la médiation en santé dans les territoires au sein desquels des inégalités de santé sont observées. Les volets précarité de chaque PRAPS incluent des objectifs de réduction des inégalités pouvant impliquer le recours à des médiateurs en santé. **HAS** ²⁶

.....

Dans ce contexte, quatre situations retiennent une attention particulière dans la note d'information nationale : celles des personnes migrantes, des personnes en fin de vie, en situation de chômage, ainsi que des personnes vivant dans un habitat dégradé. Chaque pilote de PRAPS peut ainsi se saisir de ces recommandations en tenant compte des réalités et besoins locaux.²⁷

Sur le terrain



En réalité, malgré le réel cadrage au niveau national via la HAS et l'IGAS, chaque ARS interprète à sa façon. L'Occitanie se lance dans la formation, la Nouvelle Aquitaine se centre sur les gens du voyage. La Normandie et les Pays de la Loire travaillent leur lien avec les acteurs de terrain. D'autres ARS voyaient la médiation en santé comme une action ciblée pour un public ciblé. Chaque ARS s'organise différemment, avec parfois une forme d'injonction à faire de la médiation en santé dans des structures qui n'y connaissent rien du tout. Il y a un enjeu à être clair sur les besoins du terrain et à ne pas répondre par opportunisme. **Une structure porteuse d'actions en médiation en santé**

Aucun canal de financement n'étant dédié uniquement au déploiement de la médiation en santé par les ARS, celles-ci peuvent choisir, pour mettre en œuvre leur PRAPS et y intégrer des actions de médiation en santé, de

²⁶ HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, recommandation en santé publique, 2017

https://has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins
Cité dans E. Richard, Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé. Santé. Université de Bordeaux, 2023

https://theses.hal.science/tel-04402711v1/file/RICHARD_ELODIE_2023.pdf

²⁷ Note d'information DGOS/R5/2017/162 du 9 mai 2017 complétant l'instruction n° SG/2016/348 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé, 2027

<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42275>

Cité dans E. Richard, Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé. Santé. Université de Bordeaux, 2023

https://theses.hal.science/tel-04402711v1/file/RICHARD_ELODIE_2023.pdf

mobiliser les quelques canaux de financement à leur disposition, notamment le **Fonds d'Intervention Régional (FIR)** qui peut financer des actions et des expérimentations validées par les Agences Régionales de Santé en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire²⁸

Sur le terrain



Une bonne partie des ARS sont elles-mêmes perdues face à la multitude d'actions à déployer. Elles ont besoin d'un cadre national pour avancer au même rythme. Pour l'instant, si on a de la chance, on est bien lotis. **Une structure porteuse d'actions en médiation en santé**

C. LES COLLECTIVITES

Si la compétence sanitaire reste essentiellement prise en charge par l'Etat avec des compétences subsidiaires et des initiatives des collectivités, les compétences liées à l'action sociale, sont, elles, largement territorialisées et décentralisées.

1. Les régions

La région est dans une « *situation paradoxale* » : alors même que l'échelon régional a été promu comme cadre principal de l'action sanitaire de l'État au niveau local, le conseil régional ne dispose pour sa part que de compétences relativement modestes. **Conseil constitutionnel** ²⁹

Les régions pourraient cependant agir pour le déploiement de la médiation en santé en lien avec leurs compétences sur :

- Le secteur sanitaire :
 - La prévention sanitaire (article L 1424-1 du code de la santé publique)
 - La formation des professionnels de santé
 - La lutte contre les disparités territoriales, notamment les déserts médicaux (code des collectivités territoriales)
- Le secteur social, principalement la définition et l'organisation de formations ou d'actions qualifiantes pour les professionnels du secteur

Les terrains étudiés n'ont pas montré d'implication notable des conseils régionaux sur le sujet de la médiation en santé – hormis des financements mentionnés dans le Grand Est, en lien avec leurs compétences subsidiaires sur les sujets sanitaires et sociaux.

2. Les départements

²⁸ Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Le fonds d'intervention régional (FIR), 2025 <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regionale-fir>

²⁹ Conseil constitutionnel, O. Renaudie, Santé et territoires, 2023 <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/sante-et-territoires>

Le département constitue l'échelon essentiel du dispositif relatif à l'action sociale et médico-sociale. C'est à ce titre que le conseil départemental exerce des compétences susceptibles d'intéresser la santé publique. **Conseil constitutionnel**³⁰

Pilote local de l'action sociale, le département « définit et met en œuvre la politique d'action sociale » (Code de l'action sociale et des familles). Le département élabore et met en œuvre les différents schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, coordonne les actions sociales et médico-sociales. Il assure notamment la prise en charge de nombreuses prestations sociales, l'action sociale en faveur des familles, jeunes et enfants en difficultés, des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, et de manière plus large la prévention de l'exclusion sociale et la lutte contre la pauvreté.

Le département a également des compétences sanitaires, notamment en lien avec des populations spécifiques : les services de Protection Maternelle Infantile (PMI), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la politique du handicap, des activités de prévention (vaccinations, dépistages). Les départements participent aux différentes commissions des agences régionales de santé et à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. Ils peuvent attribuer des subventions aux professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soin.

Les départements peuvent ainsi intégrer et financer des actions de médiation en santé dans leurs programmes sociaux et médico-sociaux, et participer aux différentes instances de coordination ou de pilotage si elles existent sur leurs territoires.

3. Les EPCI, communes et CCAS

La commune est certainement la collectivité territoriale dont le rôle est le plus important en matière de santé publique. **Conseil constitutionnel**³¹

Le conseil constitutionnel met en avant ce rôle primordial du niveau communal en raison de sa situation d'échelon de proximité et de ses compétences pour la salubrité publique.

L'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) présente également des attributions sur l'hygiène de l'alimentation et de l'habitat : l'Eurométropole de Strasbourg appuie par exemple ses actions en médiation en santé sur sa compétence en santé publique.

a) Les CCAS et CIAS

Le niveau communal anime une action générale de prévention et de développement social, notamment via les centres communaux d'actions sociales (CCAS) et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Les communes peuvent également créer et gérer des établissements ou services publics à caractères social ou médico-social. Les communes ont également la responsabilité de l'accueil des personnes « gens du voyage ». A l'ensemble de ces titres, le niveau communal peut décider de déployer des actions de médiation en santé, sur la base d'une action volontariste.

b) Les CLS

Les communes ou intercommunalités peuvent également porter des **Contrats Locaux de santé** (CLS), qui sont des outils de mise en œuvre et de déploiement des politiques de santé dans les territoires de proximité, basés sur un partenariat avec l'État (via l'ARS). Ces CLS permettent de décliner les grandes orientations du Projet régional de l'ARS, en incluant un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, en intervenant sur l'ensemble des

³⁰ idem

³¹ Conseil constitutionnel, O. Renaudie, Santé et territoires, 2023 <https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/sante-et-territoires>

déterminants de la santé, au-delà seulement des acteurs du soin. Les CLS peuvent inclure des actions de médiation et un outil de planification de leurs déploiements.

c) *Les ASV*

Dans le cas des quartiers prioritaires de la ville, les **Ateliers Santé Ville (ASV)**, créés en 1999 et inscrits dans la loi de santé publique de 2004, visent à améliorer la santé des populations les plus fragiles, en cohérence avec les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Leur rôle est de produire un diagnostic territorial, de coordonner et mettre en réseau les acteurs locaux ; de programmer des actions de santé adaptées en servant de levier vers le droit commun, et de favoriser la participation et l'autonomie des habitants. Les ASV, peuvent ainsi inclure de la médiation en santé sur un ou plusieurs de leurs 3 axes :

- Le volet d'actions en direction des habitant.es : information, sensibilisation, actions de prévention et de promotion de la santé, démarches participatives
- Le volet d'actions en direction des professionnel.les : renforcement du travail en réseau et des partenariats, actions collectives, information des acteurs locaux sur la santé publique
- Des axes de travail adaptés au territoire : diagnostics locaux, identifications des besoins, développement de groupes de travaux thématiques.³²

L'avis du Conseil National de la ville recommande de renforcer la « mise en œuvre d'actions de médiation sociale en santé et de médiation en santé » dans le cadre des PRAPS, et de déployer en priorité des actions de médiation dans les quartiers prioritaires.³³



D. LES BRANCHES MALADIE ET FAMILLE DE LA SECURITE SOCIALE

1. Les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM)

Les CPAM constituent le réseau territorial de la branche maladie de la sécurité sociale. Celle-ci assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés du régime général et garantit l'accès aux soins, notamment via l'ouverture des droits de santé des personnes.

Les CPAM peuvent financer des actions de médiation en santé, via leur rôle dans le financement du système de soin, notamment :

- Les actions portées par les Établissements médico-sociaux, qui bénéficient d'une contribution de l'Assurance maladie (qui figure au sein de l'ONDAM, Objectif national des dépenses d'assurance maladie).
- Les actions portées par les Centre et Maison de santé participatif, au titre de l'exercice coordonné. Ce financement de la CPAM vise à favoriser le regroupement des professionnels en équipe de soins primaires structurée, et valorise leur organisation et leur travail collectifs.
- Les expérimentations SECPA, qui sont financées par l'Assurance maladie au titre d'une expérimentation article 51.

³² Mairie de Paris, L'Atelier Santé Ville du 10ème, 2025
<https://mairie10.paris.fr/pages/l-atelier-sante-ville-10e-14489>

³³ Conseil National des villes, Avis : Penser le bien-être en santé dans les QPV : l'Habitant comme acteur clé, 2024
<https://anct-site-prod.s3.fr-par.scw.cloud/ressources/2025-02/cnv-2024-avis-penser-le-bien-etre-en-sante-l-habitant-comme-acteur-cle-vf.pdf>

La démarche d'aller vers des CPAM est encadrée par une mission nationale de la CNAM et encourage le lien avec les partenaires des territoires (institutions publiques, associations, centres sociaux, PASS, structures de soins...).³⁴

2. Les Caisses d'Allocations Familiales (CAF)

Les CAF, Caisses d'Allocations Familiales peuvent également soutenir la médiation en santé, mais ce cas est plus marginal. En Guyane, la Caf accompagne par exemple les médiateurs en santé sur le volet de l'accès aux droits.

E. LES ASSOCIATIONS

Omniprésentes dans le déploiement et la mise en œuvre des actions de médiation en santé, les structures associatives jouent également un rôle clé dans son pilotage à commencer par la FNASAT, coordinatrice du Programme national de médiation en santé.

Le Programme national de médiation en santé

Le Programme national de médiation en santé (PNMS) est un dispositif inter-associatif mis en place pour faciliter l'accès aux soins des Gens du voyage et des habitants de bidonvilles et de squats. Issu d'une recherche-action initiée en 2011 par l'ASAV 92, Médecins du Monde et Areas, il a été pérennisé en 2016 par le ministère de la Santé après une évaluation externe validant son efficacité. Aujourd'hui, le PNMS regroupe treize projets locaux répartis dans 18 départements, mobilisant près de 40 médiateurs qui accompagnent chaque année entre 100 et 150 personnes dans leurs parcours de santé.

Le programme s'appuie sur un cadre d'intervention commun, conforme au référentiel de la Haute Autorité de santé, et propose un accompagnement structuré des médiateurs via des temps de formation, d'analyse des pratiques et d'échanges d'expériences. Il intègre également un volet de plaidoyer en faveur de la reconnaissance du métier de médiateur en santé. Malgré un impact reconnu, le PNMS reste confronté à plusieurs obstacles : instabilité des lieux de vie, précarité du métier, financements fragiles. Des dynamiques régionales émergent pour renforcer son ancrage territorial, comme en Nouvelle-Aquitaine.³⁵

D'autres structures associatives porteuses de projet de médiation en santé, ou plus largement sur les actions de prévention et de promotion en santé, sont présentes sur les territoires pour coordonner, animer et renforcer les actions des porteurs de projets. Leur rôle sera détaillé dans le volet territorial.

³⁴ Assurance Maladie, Démarche partenariale de l'Assurance Maladie, 2023
<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite/etre-partenaire/demarche-partenariale-de-l-assurance-maladie>

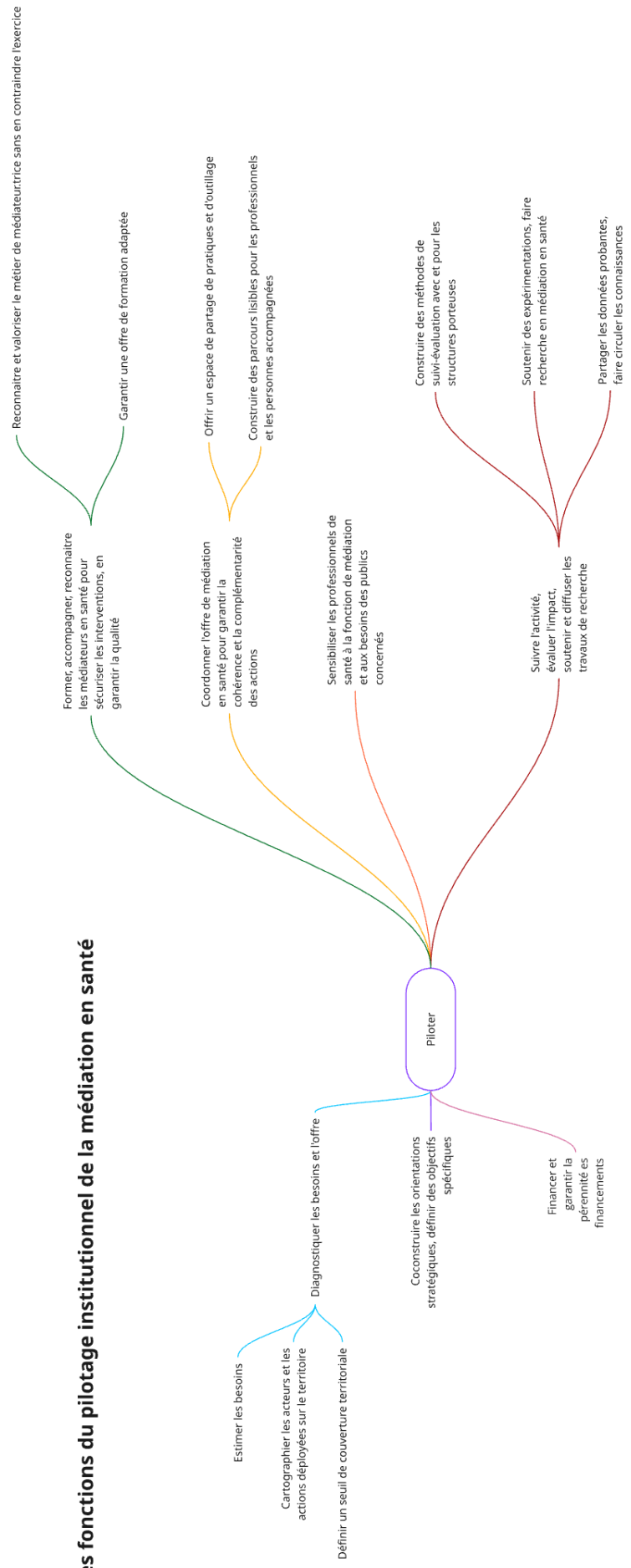
³⁵ Santé Publique France, Un programme national de médiation en santé auprès et avec les gens du Voyage et les habitants de bidonvilles et squats, 2022
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-programme-national-de-mediation-en-sante-aupres-et-avec-les-gens-du-voyage-et-les-habitants-de-bidonvilles-et-squats>

II. AU NIVEAU TERRITORIAL, DES FONCTIONS CLES DU PILOTAGE DE LA MEDIATION EN SANTE PARTAGEES ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS

Le pilotage des politiques publiques est une **activité transversale, adaptative et collaborative**, qui articule orientation stratégique, accompagnement des acteurs, mobilisation des ressources, production de connaissances, évaluation et régulation des actions. Il engage à penser l'action publique comme un processus dynamique, fait d'équilibres entre directions institutionnelles, réalités de terrain, temporalités politiques et logiques professionnelles.

La phase de cadrage de l'étude a permis de décliner avec précision les différentes fonctions associées au pilotage de la médiation en santé (voir schéma).

Les fonctions du pilotage institutionnel de la médiation en santé



A. DIAGNOSTIQUER LES BESOINS ET L'OFFRE

Afin d'assurer une implantation pertinente et durable des dispositifs de médiation en santé, la première étape est une démarche de diagnostic territorial et populationnel. Cette phase préalable, véritable fonction de pilotage, vise à croiser :

- **une analyse fine des besoins de la population via la mobilisation d'indicateurs de santé publique, de remontées qualitatives des besoins** et éventuellement d'enquêtes spécifiques sur les besoins d'un type de population et de son territoire
- **avec un état des lieux des ressources disponibles en médiation en santé (via la référence au guide HAS)**, afin d'ajuster l'offre de médiation aux spécificités locales et d'éviter les risques de superposition ou d'inadéquation des réponses
- **pour définir un objectif de couverture territorial ou populationnel.**

1. Connaître les besoins

Plusieurs méthodes peuvent être articulées pour diagnostiquer les besoins de médiation en santé. Le recours aux **données épidémiologiques, socio-sanitaires et territoriales** (telles que celles utilisées par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes) permet d'objectiver les inégalités d'accès aux soins, les zones de vulnérabilité ou encore les publics les plus éloignés du système de santé et les priorités de santé qui y sont associées. Ces éléments peuvent être intégrés aux diagnostics des Plans Régionaux de Santé -permettant de définir les priorités de santé publique et les populations cibles - ou à une étude adhoc ciblée sur la médiation en santé.

En Auvergne Rhône Alpes : l'utilisation du FDEP

Dans le cadre du pilotage de sa stratégie sur la médiation en santé, l'ARS AURA mobilise plusieurs approches pour prioriser les actions de médiation à déployer dont l'indicateur de défavorisation sociale FDEP pour prioriser les territoires les plus défavorisés à l'échelle communale. En effet l'indice français de désavantage social FDEP (French Deprivation Index) permet de fournir un indicateur géographique en population générale du désavantage social sur la population française – il n'est cependant disponible que pour les territoires de l'Hexagone.³⁶

Il s'appuie sur 4 variables :

- Taux de chômage dans la population active de 15 à 64 ans
- Taux d'ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans
- Taux de bacheliers dans la population non scolarisée des plus de 15 ans
- Revenu médian déclaré par Unité de Consommation

Pour affiner son analyse et adapter ses interventions, l'ARS AURA mobilise une **approche qualitative fondée sur l'expertise de terrain**. D'une part, les **délégations territoriales de l'ARS**, grâce à leur ancrage local et leurs réseaux de partenaires, identifient les territoires prioritaires à l'échelle départementale et infra-départementale, en repérant les zones où les besoins en médiation en santé sont les plus marqués. D'autre part, **les demandes de cofinancement de postes de médiation en santé, portées dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS)**, s'appuient sur des diagnostics communaux ou infra-communaux. Cette démarche, combinant remontées territoriales et analyses locales, fournit les éléments appropriés pour l'allocation des ressources.

Ces démarches de diagnostic des besoins peuvent être également affinées sur un type de population dans le cadre d'une action en cours ou à lancer avec une approche populationnelle. Certains publics concernés par la médiation en santé ne sont pas caractérisés par un ancrage résidentiel (par exemple populations migrantes, en situation de prostitution, avec une pathologie spécifique...)

³⁶ Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance, Indice français de désavantage social (FDPEP), 2024
https://www.ined.fr/fichier/rte/242/ELFE_PLATEFORME-ACCES-AUX-DONNEES/BASES_CONTEXTUELLES/20240215_Indice-defaveur_sociale_v3.pdf

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), à Combrailles, une enquête de Médecins du Monde et de l'ENS Lyon

Depuis 2013, le Réseau de Santé et de Coordination d'Appui (RESCORDA), porté par Médecins du Monde dans les Combrailles (Puy-de-Dôme), a pour mission de favoriser l'accès aux soins des publics en milieu rural, en renforçant la coopération entre acteurs du soin et du secteur social dans le cadre du Contrat Local de Santé du Pays des Combrailles signé avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne.

Après deux années de fonctionnement, un constat a émergé : les personnes issues du monde agricole restaient très peu représentées parmi les bénéficiaires du dispositif, malgré les difficultés spécifiques relevées dans la littérature concernant leurs conditions de vie et leur accès aux soins. Face à cette situation, Médecins du Monde, en partenariat avec le Syndicat Mixte pour l'Aménagement et le Développement des Combrailles et l'École Normale Supérieure de Lyon, a conduit une étude visant à analyser les freins rencontrés par les agriculteurs de ce territoire. Cette démarche a permis d'ouvrir un espace de dialogue avec un public peu enclin à solliciter une aide dans le domaine de la santé et d'établir un état des lieux de la santé des agriculteurs.³⁷

2. Cartographier les acteurs et les actions déployées sur le territoire

La **cartographie des acteurs et des actions** de médiation en santé déployées sur un territoire permet, d'une part, d'éviter les redondances et les chevauchements d'interventions, et, d'autre part, d'identifier les zones ou publics insuffisamment couverts. Par ailleurs, un travail de diagnostic commun permet **de créer ou de renforcer des dynamiques de travail entre les différents partenaires** (institutionnels, associatifs, professionnels de santé) et d'amorcer un plan d'action commun.

La cartographie des actions de médiation en santé déployées sur le territoire apparaît comme une étape essentielle, au vu de la **diversité et de l'évolution constante des pratiques en matière de médiation en santé**. En effet, l'analyse des actions menées sur le terrain révèle une hétérogénéité significative par rapport au référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS). Plusieurs situations coexistent :

- des acteurs qui **déclarent mener de la médiation en santé et dont les pratiques sont pleinement conformes au référentiel** ;
- des acteurs qui **estiment exercer une activité de médiation en santé, mais dont les modalités d'intervention ne répondent que partiellement** aux critères définis ;
- des acteurs qui mettent en œuvre des actions relevant partiellement de la médiation en santé, **sans toujours en avoir une conscience claire** (notamment dans des domaines proches : les actions d'aller vers, les actions de promotions de la santé) ;
- des acteurs **potentiellement concernés, mais qui n'ont pas encore engagé de démarche en ce sens**.

Cette variabilité des pratiques et des niveaux d'appropriation du référentiel souligne l'importance d'un travail de diagnostic par territoire. C'est justement la démarche qui a été poussée à Strasbourg par la ville de Strasbourg et Médecins du Monde.

L'objectif initial à Strasbourg consistait à s'appuyer sur le **référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)** pour identifier les structures et acteurs déjà engagés dans des démarches de médiation en santé sur le territoire, en particulier celles relevant de l'"aller vers". Pour ce faire, **une base de données a été constituée à partir des structures connues ou repérées comme porteuses d'actions de médiation, qu'elles soient formellement labellisées ou non**. Cette première étape a été suivie d'un travail actif de contact et d'échange avec les acteurs identifiés. Lors de ces échanges, il est apparu que certaines structures ou professionnels ne savaient pas toujours si leurs actions relevaient effectivement de la médiation en santé, ou comment les positionner par rapport au référentiel de la HAS. Face à ces interrogations, **des synthèses claires et accessibles du référentiel ont été transmises, permettant ainsi de clarifier les contours de la médiation en santé et d'aider les acteurs à se situer dans ce cadre**.

³⁷ Médecins du Monde, État de santé & accès aux soins des agriculteurs des Combrailles, 2022
<https://www.medecinsdumonde.org/statement/etat-de-sante-acces-aux-soins-des-agriculteurs-des-combrailles/>

Dans la région Grand Est : l'exemple d'un État des lieux des actions de médiation en santé (2023) par l'Eurométropole de Strasbourg et Médecins du Monde

Pour renforcer le déploiement de la médiation en santé sur l'Eurométropole de Strasbourg, Médecins du Monde et la collectivité ont réalisé conjointement un état des lieux³⁸, qui a permis de faire ressortir plusieurs éléments:

- Le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg est globalement sous-doté en postes de médiation en santé. Cette carence est particulièrement prégnante pour les actions « hors les murs » permettant d'aller vers les personnes les plus éloignées des systèmes de soins
- **La plupart des structures recensées (7 sur les 12) faisant de la médiation n'ont pas de poste dédié**
- Seulement deux médiateur.trices en santé ont eu accès à une formation diplômante depuis leur arrivée en poste

Ces différents constats ont nourri des recommandations pour le plan d'action notamment la promotion d'action de médiation en santé selon le référentiel HAS, la mise en place d'une formation diplômante de médiation en santé sur le territoire, la création de postes au sein de dispositifs mobiles.

Ce processus, par nature **itératif**, ne saurait être figé : il permet non seulement de mieux connaître l'offre existante, mais aussi d'accompagner sa montée en qualité et en cohérence.

³⁸ Médecins du Monde, Expérience(s) de médiation en santé en Grand Est, Présentation aux journées régionales SPILF, 2024
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-gvp-en-region/strasbourg-2024/experiences-de-mediation-en-sante-grand-est-h-contreras-salmen.pdf>

Dans la région Grand Est : Des critères qualité comme base d'auto-évaluation

En Grand Est, l'ARS poursuit également ce travail de mise en conformité avec les recommandations de la HAS via la diffusion d'un "guide de la médiation en santé" qui contient notamment l'outil suivant d'autodiagnostic des structures. Le guide de la médiation en santé, basé sur le référentiel de la HAS permet de constituer un standard partagé pour le financement et le déploiement d'actions, et constituera un **outil d'auto-évaluation pour les structures**. Celui-ci comprend en annexe une « grille d'évaluation de vos actions de médiation en santé ».

| Axe 1 : (Ré) créer la rencontre avec les populations concernées | |
|---|---|
| 1 • Aller-vers la personne vulnérable | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 ?) |

Extrait de l'Annexe 6 : Grille d'évaluation de vos actions de médiation en santé –
Guide de la médiation en santé ARS GE

Dans son guide « **Intégrer un dispositif de médiation en santé au sein d'une structure sociale** », l'association Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes souligne l'importance de réaliser, en amont, un diagnostic local de santé et relève plusieurs bonnes pratiques. Comme détaillé précédemment, ce diagnostic préliminaire permet d'analyser les besoins et d'identifier les structures porteuses de projets de médiation en santé et de s'appuyer sur leurs retours d'expérience. Le diagnostic peut ainsi inclure des **visites de structures ayant déjà intégré un service de médiation en santé et il permet d'identifier les freins rencontrés, les leviers mobilisés et les pratiques déployées**.³⁹

Si sa mise en œuvre peut être facilitée par des structures telles que les Agences Régionales de Santé (ARS), les Ateliers Santé Ville (ASV) ou encore les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), il est essentiel que le **diagnostic inclue une mobilisation ou a minima un accompagnement des élus et des responsables de structures** afin de renforcer l'appropriation et le soutien du projet sur le terrain.

³⁹IREPS Auvergne Rhône, Intégrer un dispositif de médiation en santé au sein d'une structure sociale, 2023
https://www.promotion-sante-ara.org/app/uploads/2024/09/synthese_mediation_2023_web-3.pdf

A Nantes : des diagnostics approfondis dans chaque quartier de la ville

La direction Santé publique de l'Agglomération et de la Ville de Nantes porte depuis 2020 le déploiement progressif de postes de médiateurs en santé dans l'ensemble des onze quartiers de la ville. Ce déploiement **suit dans chaque quartier une méthodologie structurée, qui débute par une phase de six mois de construction d'une feuille de route partagée** avec les partenaires concernés dans chacun des quartiers. « On prend six mois pour faire le diagnostic avec les directions de quartier : en collaborant avec les acteurs locaux, des liens se sont rapidement développés, ce qui a permis à l'association porteuse du projet de médiation en santé, de proposer aux élus une stratégie d'intervention co-construite avec les associations locales. Par exemple, en sortie du confinement, le médiateur en santé a fait du porte à porte avec des acteurs de l'alimentation sur des distributions de paniers solidaire »

Cette feuille de route est formalisée et proposée aux élus pour validation. La feuille de route peut être réajustée si nécessaire, et permet de poser un cadre à l'intervention des médiateurs en santé, pour cibler plus particulièrement certains micro-quartiers par exemple, ou certains publics, identifiés comme prioritaires. Chaque médiateur en santé en lien avec les directions de quartier (il y en a onze en tout) a ainsi une grande autonomie pour proposer sa feuille de route, selon les priorités identifiées localement. « Il y a un cadre global mais une grande autonomie donnée à chaque quartier » (chargé de mission Ville de Nantes)

En Bretagne : une enquête régionale par la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) comme préalable à un cahier des charges du déploiement

L'ARS Bretagne, en partenariat avec la FAS Bretagne, a conduit une enquête régionale afin de structurer le déploiement de la médiation en santé et de poser les bases d'un cahier des charges commun. La démarche visait à rendre visibles et comparables les pratiques existantes, à identifier les missions, profils, compétences, conditions de travail et modalités d'intégration des médiateurs, ainsi qu'à prendre en compte les spécificités des publics et des territoires. Pour cela, des questionnaires, entretiens semi-directifs et focus groups- ont été menés auprès de médiateurs, de leurs collègues, de représentants d'usagers et de structures concernées. Cette approche a permis de produire 42 préconisations (35 régionales, 7 nationales) destinées à guider un déploiement structuré, pérenne et lisible, tout en créant un socle commun de référence pour les acteurs et les décideurs.⁴⁰

Par ailleurs, les retours d'expérience montrent **l'intérêt de décliner les diagnostics selon les différentes échelles de politiques publiques** : infra-communal (comme à Nantes), communal, intercommunal (Eurométropole de Strasbourg) ou régional (comme le diagnostic réalisé par l'ARS de l'Auvergne-Rhône-Alpes). Cette approche multi-niveaux permet d'identifier les leviers d'action les plus pertinents pour les plans d'actions décidés à chaque échelle.

3. Définir un objectif de couverture territoriale ou populationnelle

Pour assurer une adéquation entre les besoins identifiés et les dispositifs cartographiés ou à déployer, il est pertinent de **définir une notion de couverture en médiation en santé**. Celle-ci repose sur l'établissement d'un **seuil de suffisance**, permettant d'évaluer si les actions mises en œuvre sur un territoire sont de nature à répondre de manière satisfaisante aux besoins repérés, de manière complémentaire et subsidiaire aux autres dispositifs permettant d'y répondre en partie ou entièrement (PASS, missions d'aller vers des CPAM, missions d'accès aux droits de santé des acteurs sociaux...) et ainsi de penser la planification d'une politique publique. L'instauration d'un tel seuil permet d'informer les décideurs du financement pour éviter un développement dispersé et opportuniste des dispositifs, qui pourrait conduire à des inégalités territoriales ou à **une dilution des moyens, sans impact significatif sur les inégalités sociales de santé**.

⁴⁰ FAS Bretagne, ARS Bretagne, Enquête et préconisations pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2025/04/enquete-mediation-en-sante-Bretagne-VF.pdf>

En Auvergne Rhône Alpes : des indicateurs de couverture par territoire pour juger du niveau de déploiement

Pour garantir une intervention conforme au référentiel de la HAS, des **ratios d'Equivalents Temps Plein (ETP) ont été établis par l'ARS pour chaque territoire**, en fonction des caractéristiques locales (densité, vulnérabilités, accessibilité). Ces ratios permettent de déterminer un seuil minimal d'intervention, assurant une couverture adaptée aux enjeux identifiés. Une carte interactive, mise à jour annuellement, offre une visualisation dynamique de la couverture territoriale.

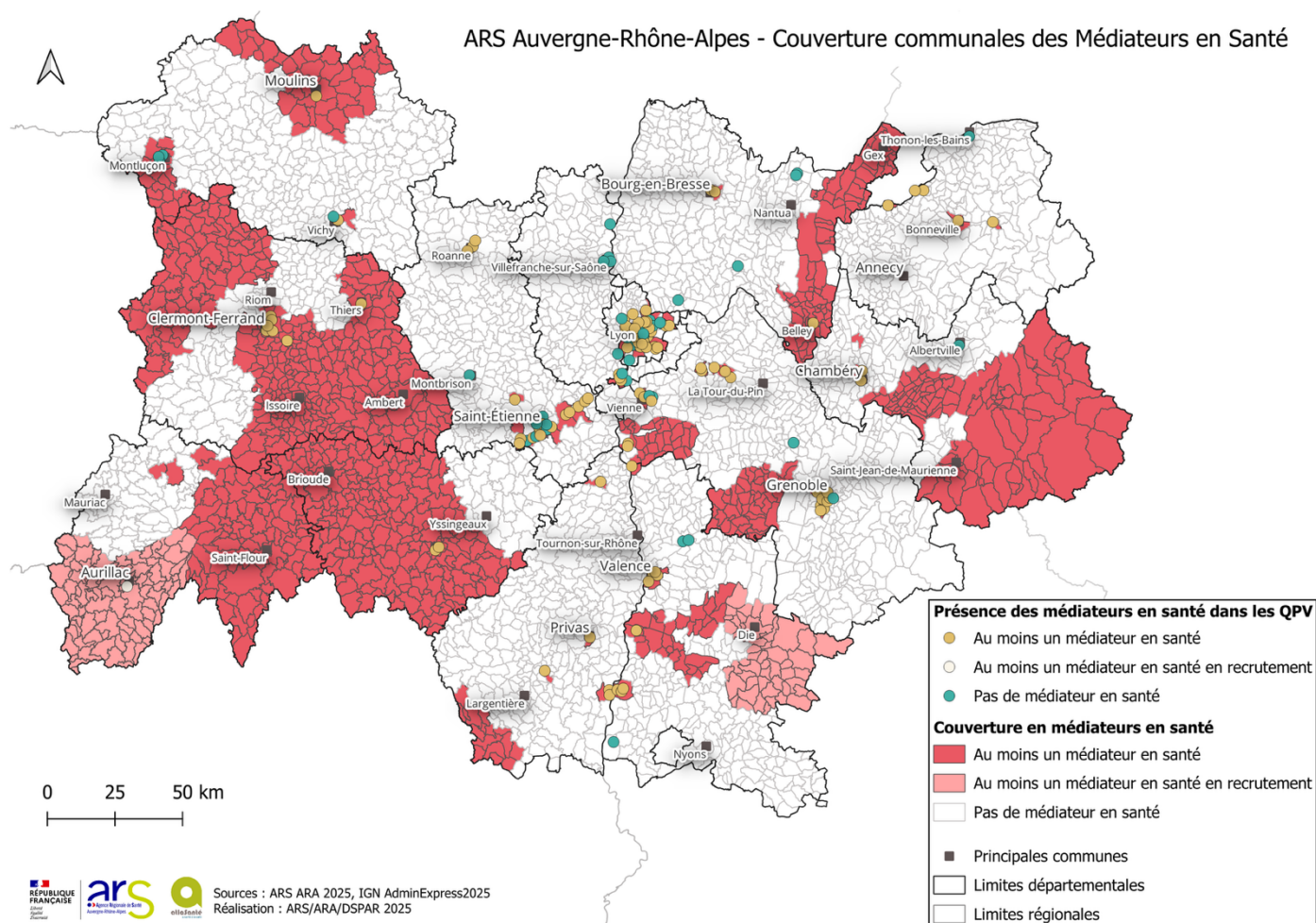
L'ARS a défini comme **objectif prioritaire la couverture des Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV)** de la région, en raison de leur concentration de populations éloignées du système de soins. À ce jour, le taux de couverture s'élève à **101 sur 145 QPV ainsi que les territoires FDEP 4 et 5^{ème} quintiles qu'ils soient en milieux urbains ou ruraux**.

Ce seuil permet d'estimer **que 41% de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par une action de médiation en santé**, mais cette couverture demeure inégale selon les territoires, ce qui aiguille l'ARS dans le déploiement de nouvelles actions.

Certaines zones, notamment **rurales**, peuvent sembler bien couvertes en termes de présence d'acteurs, alors que le ratio ETP/population reste insuffisant, en raison des contraintes géographiques (distances, temps d'intervention accrus). À l'inverse, des territoires comme l'Isère, bien que présentant une couverture apparente moins étendue, affichent une adéquation plus forte entre les moyens déployés et les besoins réels, grâce à une concentration des interventions sur les QPV. Enfin, les territoires de **montagne**, bien que partiellement couverts, font face à des disparités intra-territoriales, nécessitant une adaptation fine des dispositifs.

L'ARS travaille également une cartographie plus large sur le champ de la précarité en intégrant notamment les établissements médico-sociaux, les permanences d'accès aux soins de santé, les équipes mobiles psychiatrie précarité..., afin de penser le déploiement de la médiation en santé de manière complémentaire et coordonnée.

ARS Auvergne-Rhône-Alpes - Couverture communales des Médiateurs en Santé



| Recommandation 1 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|--|--|--|
| <p>Systématiser la conduite de diagnostics territoriaux à chaque échelle d'intervention avant la construction de plans d'actions. Ces diagnostics devront intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une analyse des besoins et des attentes des populations objectivés via la mobilisation d'indicateurs de santé publique, de remontées qualitatives des besoins et éventuellement d'enquêtes spécifiques auprès des populations cibles. • le recensement des structures porteuses de projets en médiation en santé et l'examen de la cohérence des actions de médiation en santé au référentiel de la HAS, afin d'ajuster l'offre de médiation aux spécificités locales et d'éviter les risques de superposition, d'insuffisance ou d'inadéquation des réponses • l'examen de l'adéquation des actions des médiations en santé (déployées et en projet) avec la stratégie de l'ARS en particulier du PRS et du PRAPS (et / ou des autres acteurs pilotes concernés) • la définition d'indicateurs d'évaluation de processus et d'activité permettant un suivi objectif et continu du déploiement territorial. | ARS, Collectivités locales, Observatoires régionaux en santé Représentations citoyennes | Porteurs de projets, Santé Publique France en région, Équipes de recherche |

B. CO-CONSTRUIRE LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, DEFINIR DES OBJECTIFS MESURABLES

Piloter signifie d'abord **co-construire une feuille de route** commune entre les différents acteurs porteurs et financeurs d'actions de médiation en santé à premier lieu les ARS, des orientations stratégiques et leur déclinaison en objectifs. En partant du diagnostic des besoins du terrain et des structures existantes (précédemment détaillé), cette fonction a pour vocation de **définir collectivement les objectifs à atteindre, les actions à mettre en œuvre, ainsi que les indicateurs permettant de suivre les réalisations et d'évaluer les résultats**. Ce travail implique la mobilisation de référentiels partagés, capables de fédérer les acteurs autour de visions communes de l'action publique territoriale à différentes échelles articulées : régionale, départementale, locale.

Les structures interrogées relèvent quasi unanimement un manque de lisibilité, voire une absence d'orientation stratégique institutionnelle. Ce défaut de vision globale est lié selon elles au manque de cohérence ou à l'opacité des feuilles de routes, ainsi qu'à l'absence d'une culture commune partagée entre les acteurs. **Les structures formulent l'attente de politiques clarifiées et de feuilles de route inter-acteurs au niveau national mais aussi territorial.**

Sur le terrain

Il n'y a pas de pilotage ou de feuille de route sur la médiation en santé, c'est selon la bonne volonté des structures. On le demande. **Une structure porteuse d'actions en médiation en santé**

La médiation en santé n'étant prévue d'office comme compétence obligatoire dans aucune feuille de route institutionnelle, il s'agit de faire entrer la médiation en santé dans les **plans d'actions** de chaque institution si on veut favoriser son déploiement en l'insérant de manière prioritaire dans les schémas d'actions existants (PRAPS, CLS).

1. L'échelle régionale : l'outil du PRAPS privilégié par les ARS

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est un document de planification quinquennal des ARS intégré au Projet Régional de Santé (PRS). Son objectif principal est d'améliorer l'accès à la prévention, aux droits et aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité, en agissant sur les déterminants sociaux, territoriaux et organisationnels qui génèrent des inégalités de santé.

Il constitue un outil particulièrement pertinent pour la planification et le déploiement de la médiation en santé, à plusieurs titres. D'abord, en s'inscrivant dans un plan régional large et coordonné, la médiation en santé peut s'adosser à d'autres actions de lutte contre la précarité (accès aux droits, logement, insertion, etc.), renforçant ainsi sa cohérence et son efficacité au sein d'une stratégie globale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. L'outil du PRAPS permet d'intégrer la structuration de la médiation en santé dans un cadre préexistant, évitant ainsi la multiplication des groupes de travail ou des instances dédiées, et optimisant le temps et les ressources des institutions sollicitées. Enfin, le PRAPS offre à la médiation en santé une reconnaissance institutionnelle, en l'ancrant dans les documents de planification régionaux et en lui conférant une légitimité renforcée auprès des acteurs publics, des financeurs et des partenaires. Par exemple, en Grand Est, alors que l'ARS est la seule institution juridiquement responsable du PRAPS, celui-ci a toujours été construit avec un triple pilotage entre la DREETS, l'ARS, l'Assurance Maladie et la Mutualité Sociale Agricole. Les acteurs de la société civile ont été associés dans les groupes de travail qui contribuent à l'écriture, la mise en œuvre et l'évaluation du PRAPS : la médiation en santé y bénéficie donc d'une visibilité institutionnelle, et son plan d'action est co-construit sur la base de travaux réunissant un ensemble d'acteurs institutionnels, professionnels et associatifs. L'analyse des PRAPS des régions Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), Grand Est (GE) et Pays de la Loire (PDL) met en lumière la reconnaissance croissante de la médiation en santé comme levier d'équité et d'accès au droit commun – celle-ci est présentée comme un levier dans chacun des plans. Toutefois, si les trois plans partagent cette finalité, ils divergent sensiblement dans leur niveau de formalisation et leurs stratégies de déploiement de la médiation en santé.

En Auvergne-Rhône-Alpes, une politique de médiation en santé consolidée à soutenir et à étendre à de nouveaux territoires

La médiation en santé figure dans le PRAPS dans le chapitre consacré à l'accès aux soins, identifiée comme « un dispositif à soutenir, aux côtés des PASS », pour améliorer l'accès au droit commun des personnes les plus démunies. Le plan régional ne lui consacre pas un axe autonome, mais cette absence ne traduit pas un déficit de planification dans la mesure où **plusieurs objectifs lui sont dédiés**, y compris explicitement en matière de **développement de la couverture** : « Poursuivre le développement de la médiation en santé (dans et hors quartier politique de la ville – QPV) dans les zones insuffisamment ou non couvertes » : elle reflète plutôt une intégration déjà opérée dans les dispositifs régionaux. Cet objectif de couverture est associé à **d'autres mentions plus opérationnelles autour du développement de la formation, de l'analyse des pratiques, du suivi d'activité et de l'évaluation des projets de médiation en santé**. Le PRAPS montre que la médiation en santé est déjà **relativement intégrée aux politiques de lutte contre les inégalités en santé**, que son déploiement est relativement avancé puisqu'il s'agit désormais de soutenir les actions de médiateurs et de favoriser l'extension à de nouveaux territoires. En AURA, la gouvernance de la médiation est peu formalisée dans le PRAPS, mais elle s'appuie sur un maillage d'acteurs déjà opérationnels.

En Grand Est, une politique de médiation en santé à structurer, inscrite dans une ambition forte de développement régional

La médiation en santé constitue un axe stratégique spécifique (Axe 4) intitulé « *La médiation en santé, un levier d'intervention pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé* ». Cet axe est **décliné en plusieurs objectifs opérationnels** : « *Renforcer la couverture territoriale des médiateurs en santé* », « *Créer un référentiel régional aligné sur les recommandations de la HAS* », « *Mettre en place un réseau de médiateurs et un dispositif d'échanges de pratiques* », « *Développer un outil régional de suivi d'activité* ».

Le PRAPS fixe également une **ambition forte de résultats attendus à 5 ans (2028)** : généralisation de la médiation sur l'ensemble du territoire, harmonisation des pratiques au niveau régional pour garantir la conformité au cadre HAS.

En Pays de la Loire, une réflexion amorcée sur la médiation en santé au niveau régional

La médiation en santé y est abordée de façon transversale : elle **apparaît dans plusieurs objectifs opérationnels** — notamment « *Promouvoir la participation des personnes en situation de précarité à la maîtrise de leur santé* » et « *Développer la pair-aidance et la médiation en santé* ». Elle est envisagée comme un **outil** au service d'autres priorités régionales (accès, participation, prévention), mais **sans qu'un plan d'action spécifique ne lui soit dédié**. Aucune rubrique ne précise les modes de déploiement, les mécanismes de financement, ni les acteurs chargés de sa mise en œuvre. Cette absence de cadrage opérationnel traduit une **intégration conceptuelle, mais pas encore opérationnelle au niveau régional**.

Si le portage d'un plan d'action de la médiation en santé dans le cadre du PRAPS présente plusieurs avantages, **la création de schémas ad hoc peut permettre un schéma de pilotage co-construit**. En Guyane, avec « l'objectif de faire de la médiation en santé un véritable objet de politiques publiques et pas seulement un format d'intervention et donc de l'inscrire dans les démarches locales en santé », plusieurs structures associatives ont été soutenues par l'ARS pour construire une feuille de route de la médiation en santé associant l'ensemble des acteurs ⁴¹.

En Guyane : L'intégration de la médiation en santé dans les feuilles de routes de l'ensemble des acteurs

Suite à la sollicitation de l'ARS, un consortium d'acteurs constitué des associations ADER Guyane, Guyane Promotion Santé (GPS) et du Centre de Ressource Politique de la Ville (CRPV) a été constitué, avec le recrutement d'un.e chef.fe de projet pour coordonner les travaux de préfiguration et la formalisation d'une lettre de mission de l'ARS identifiant les volets suivants :

- Approfondissement du diagnostic régional de la médiation en santé
- Proposition d'une structuration ad hoc adaptée en Guyane, très rapidement opérationnelle (gouvernance, coordination, ressources, animation de réseau, accompagnement des structures et des médiateurs, développement de la gouvernance)
- Ingénierie de formation (formations à développer, modèles économiques)
- Préconisations stratégiques générales et notamment en termes de renforcement des médiateurs en santé et ce en adéquation avec les besoins identifiés en Guyane.

Un travail de diagnostic a été mené grâce à des entretiens et enquêtes auprès des structures. Surtout, **la stratégie a été réellement co-construite avec les acteurs du territoire** via l'organisation de groupes de travail avec les médiateurs en santé et les directions et coordinations des structures déployant de la médiation en santé sur le territoire, d'entretiens, de temps d'échange. Une **soixantaine d'acteurs ont ainsi été interrogés pour établir la stratégie**. Les données ont été traitées, analysées, synthétisées par le consortium et présentées dans un livrable intermédiaire.

Ce premier livrable a permis d'identifier 3 missions d'approfondissement prioritaires : les dynamiques de réseau à destination des médiateurs en santé, la formation à destination des médiateurs en santé, mais aussi la définition du modèle juridique et opérationnel de la future structuration régionale et la mise en place du consortium.

La stratégie, actée à l'été 2025, a enfin été opérationnalisée via des fiches actions, et grâce à l'avancement des missions prioritaires. De façon concomitante, l'ARS a publié un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) pour déployer des actions en médiation en santé et ainsi mettre en œuvre la stratégie en renforçant les structures existantes ou en en créant de nouvelles.

Cette méthode a ainsi permis de **combinaison l'expertise de terrain de l'ADER, du GPS et du CRPV et le soutien institutionnel de l'ARS** qui a permis « de mobiliser d'autres institutions et de cadrer certains égarements du fait du nombre d'acteurs » (CRPV et ADER Guyane).

2. L'échelle locale : le cadre du CLS privilégié par les communes et communautés de communes

Les communes ou intercommunalités peuvent également porter des **Contrats locaux de santé (CLS)**, qui représentent un **outil particulièrement adapté à la planification et au déploiement de la médiation en santé, en complément des dispositifs régionaux comme le PRAPS**. Leur caractère souple et modulable permet d'adapter les actions aux spécificités locales, tout en établissant un **lien direct entre les collectivités territoriales et le Projet Régional de Santé (PRS) porté par les ARS**. À l'instar du PRAPS, les CLS offrent à la

⁴¹ CRPV de Guyane, ADER Guyane, GPS, Déploiement de la médiation en santé : quels enjeux et leviers pour les territoires ? Rencontres Santé Publique France, 2024
https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2024/06/4-SOUIILLARD_MERLET.pdf

médiation en santé une reconnaissance institutionnelle et un cadre de réflexion collective, **favorisant la consolidation de partenariats** locaux entre acteurs publics, associatifs et professionnels de santé.



La vraie vertu du CLS, c'est l'élan que donnent les travaux préparatoires, ainsi que la contractualisation et la fiche action qui oblige les partenaires à synthétiser le projet et à l'évaluer. C'est intéressant pour donner un premier élan et se mettre d'accord sur une fiche action. Ce socle théorique a plus une validité institutionnelle qu'un gage d'avancée sur le projet. **Une collectivité**

Par ailleurs, les CLS constituent un **cadre opérationnel** permettant non seulement de **flécher des moyens financiers et humains** vers la médiation en santé, mais aussi de définir des **échéances** claires pour son déploiement et son évaluation. Cette approche permet d'assurer une montée en puissance progressive et mesurable des dispositifs.



Une évaluation est réalisée par les coordinatrices du CLS du coté ville ou du coté ARS qui après une ou deux années demandent à chaque porteur de fiche action d'évaluer l'avancée des travaux, les points d'avancement, les limites. Cela nous permet de faire remonter des informations, c'est dans ce cadre qu'on a mentionné la nécessité d'avoir des moyens supplémentaires pour déployer nos actions. **Une structure porteuse de projets de médiation en santé**

Cependant, certains acteurs nuancent la portée du CLS qui peut être impacté par des dynamiques plus larges, relationnelles et politiques entre collectivités et ARS.



Nous n'avons pas toujours des rapports très fluides entre la ville et l'ARS. La question n'est pas financière mais plutôt comment on conçoit le lien avec les partenaires locaux : on estime qu'ils sont insuffisamment dans la co-construction avec les collectivités. Par exemple, nous voulions lancer une fiche action mais l'ARS trouvait cela prématuré, selon eux le sujet n'était pas assez avancé. En réalité, je pense que eux n'avaient pas assez avancé sur le sujet, alors que nous n'avions pas attendu le CLS pour nous lancer. **Une collectivité porteuse de projets de médiation en santé.**

A Vaulx en Velin, « Un contrat Local de Santé pour une ville plus inclusive »

La ville de Vaulx-en-Velin a contractualisé un nouveau CLS en juillet 2025 avec l'ARS. Le CLS prévoit un accompagnement renforcé pour lever les obstacles à l'accès aux soins avec des actions de médiation en santé, mais aussi de permanences d'accès aux soins, de développement de la prévention, de soutiens en santé mentale, etc.⁴²

⁴² Vaulx en Velin Journal, Juillet 2025

<https://vaulx-en-velin.net/wp-content/uploads/2025/07/vaulx-en-velin-journal-vmag-9-juillet-2025-325.pdf?page=8>

A Marseille, Le Contrat Local de Santé comme institutionnalisation de la médiation en santé

A Marseille, le déploiement de la médiation en santé a été notamment favorisé dans le cadre du Contrat Local de Santé, qui, avec le soutien de l'ARS PACA permis de doter la médiation en santé d'une instance institutionnelle. En effet le CLS a permis de réunir des groupes de travail avec l'ensemble des parties prenantes pour construire le plan d'action.

Des journées avec le CODEPS Bouches du Rhône ont permis de faire connaître l'ambition de la ville, ainsi que le travail des structures en dehors des cercles du CLS.

Le Contrat Local de Santé a également permis l'allocation de ressources dédiées en interne et aux structures porteuses. Un poste a été financé dans ce cadre pour constituer une personne ressource dans la coordination de la médiation en santé. L'objectif de la ville est aussi de recruter directement des médiateurs en santé pour renforcer les équipes associatives déjà sur places, et de couvrir de nouveaux quartiers.

Que ce soit à l'échelle régionale ou locale, l'analyse des stratégies de médiation en santé précédemment mises en œuvre révèle plusieurs facteurs clés de réussite, illustrés notamment par les expériences menées en Guyane, dans le Grand Est et à Marseille.

- Un premier facteur déterminant réside dans **l'allocation explicite de moyens pour la construction et la mise en œuvre de la stratégie**. En Guyane, cela s'est traduit par le recrutement ad hoc de professionnels, ainsi que par l'officialisation d'un réseau identifié et financé, garantissant ainsi une base opérationnelle solide. À Marseille, cette logique s'est également vérifiée, avec un engagement financier et organisationnel fort pour soutenir les acteurs locaux.
- Le **soutien institutionnel** marqué constitue un autre levier essentiel. En Guyane et en Auvergne -Rhône-Alpes, l'ARS a joué un rôle central dans le portage politique et opérationnel de la stratégie, notamment via des présentations récurrentes en comité de pilotage (COPI), assurant ainsi une visibilité et une légitimité récurrentes. À Marseille, c'est la ville qui a endossé ce rôle, en s'impliquant activement dans la coordination et le suivi des actions.
- La médiation en santé gagne en efficacité lorsqu'elle est intégrée à une **stratégie plus large de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé** : dans le Grand Est, cette intégration s'est faite via le PRAPS.
- Enfin, **la levée des freins identifiés** dès la phase de conception de la stratégie apparaît comme un préalable indispensable via l'engagement des institutions, des porteurs de projets et plus largement de la société civile. En Guyane, cela a impliqué la formation des médiateurs, la construction d'un modèle juridique clair pour la coordination, et une attention particulière portée aux moyens financiers et humains dès la définition de la stratégie. Cette anticipation a permis de lancer rapidement un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) dès l'opérationnalisation de la stratégie, évitant ainsi de perdre la dynamique et engageant les acteurs sur des actions concrètes. À Marseille, le déploiement s'est accompagné de subventions pour les structures, assurant ainsi une mise en œuvre effective et pérenne des dispositifs.

Si la co-construction est largement privilégiée par les structures porteuses de projets, celles-ci alertent sur la multiplication des instances et du travail demandé pour la gouvernance :

« Évidemment c'est intéressant d'avoir ces temps de partage et de construction commune, mais en pratique c'est du temps passé gratuitement pour les structures dans toutes ces instances. C'est le même sujet, que ce soit pour le PRAPS ou pour le CLS : ils nous demandent vraiment de bosser, mais sans nous financer, ce qui selon l'issue des travaux peut être une perte de temps énorme pour les structures. » **Structure porteuse de projets en médiation en santé**

| Recommandation 2 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|---|----------------------|----------------|
| <p>Mobiliser prioritairement les cadres d'action existants (CLS et PRAPS) pour la construction de feuilles de routes de la médiation en santé afin de consolider la légitimité institutionnelle des dispositifs et d'optimiser l'allocation des ressources, en s'appuyant sur l'articulation entre les niveaux locaux (collectivités) et régionaux (ARS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articuler les plans d'actions de plusieurs échelles notamment via les Contrats Locaux de Santé, portés par les collectivités • Inscrire la médiation en santé dans une stratégie large, de préférence via une feuille de route institutionnelle (PRAPS ou CLS notamment) afin : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'inclure dans l'écosystème des autres actions de santé et / ou de lutte contre la précarité (accès aux droits, logement, insertion...) ○ de lui garantir une reconnaissance institutionnelle et une légitimité renforcée auprès des acteurs publics, des financeurs et des partenaires. ○ d'associer l'ensemble des acteurs impliqués dans le déploiement de la médiation en santé afin de faire de ce plan d'action un socle partagé • Définir des objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Définis dans le temps) pour le déploiement de la médiation en santé notamment en matière de couverture territoriale, de populations approchées, de financements et de nombre de postes, mais aussi sur les fonctions "soutien" comme la formation, l'analyse des pratiques.... (associés à des indicateurs d'évaluation) | ARS et collectivités | |

C. FINANCER POUR GARANTIR LA STABILITE ET LA PERENNITE DES INTERVENTIONS

Piloter, c'est également **garantir la soutenabilité des moyens mobilisés**. La fonction de financement ne se limite pas à la simple allocation de ressources : elle consiste à inscrire les financements dans la durée, à les sécuriser, et à les articuler à des objectifs explicites et évaluables. La stabilité financière devient ainsi un levier de structuration des métiers, de reconnaissance des pratiques et de légitimation de l'intervention publique dans un domaine donné.

1. Les implications du manque de financement pour les structures porteuses

Les structures interrogées témoignent d'une fragilité voire d'un émiettement des financements entre plusieurs structures publiques et plusieurs échelles avec un défaut d'articulation entre ces différents niveaux. La multiplication de ces financements entraîne également un manque de lisibilité pour les porteurs de projet et un fort temps dédié à la recherche de financement pour essayer de faire « rentrer » des actions de médiation en santé dans une feuille de route.

Le manque de financement pérenne est l'un des premiers freins recensés par les structures. Le rapport de la FNASAT et de Sidaction relevait que 69% des structures porteuses ont un statut associatif et **que 50% des structures doivent conjuguer plusieurs financements pour un seul poste de médiateur**. Ces financements étant souvent liés à des appels à projets, ils ne permettent pas aux structures de se projeter sur le long terme.



C'est l'ARS qui finance notre pôle médiation en santé et la plupart des postes. Mais les lignes de financement ne sont pas forcément claires et

lisibles pour nous. Une structure porteuse d'actions en médiation en santé

L'insuffisance et la non-pérennité des financements conduit à la précarisation des postes de médiateurs : **32% de ces postes sont en CDD, 30% sont en temps partiel. Le salaire net mensuel médian est de 1620 euros.** ⁴³ Ce manque de moyens ne contribue pas à l'attractivité des postes de médiateurs, il est également un frein selon la Haute Autorité de Santé à la stabilité professionnelle des postes de médiateurs, ce qui empêche notamment la construction de relation de confiance de long-terme avec les publics et les professionnels de santé. Ce manque de financement a également des impacts sur les conditions d'exercice des médiateurs : **50% des médiateurs estiment ne pas avoir assez de moyens dans l'exercice de leur métier.** ⁴⁴

2. Une mobilisation du FIR et de l'ONDAM par des ARS partagées sur leur rôle dans le financement

La médiation en santé relevant d'une compétence facultative, sans crédits dédiés au niveau national, **les structures financeuses (notamment les ARS), n'ont elles-mêmes que peu de prise et de visibilité sur l'avenir des financements. Le rapport de l'IGAS relève en ce sens que l'absence de financement pérenne est l'un des principaux obstacles au développement de la médiation en santé remonté par les ARS**⁴⁵. Celles-ci n'ont pas de vision sur les montants engagés au titre de la médiation en santé sur leur territoire (du fait des multiples canaux existants).

Les ARS interrogées sont partagées sur la question de savoir si le Fonds d'Intervention Régional (FIR) est un canal de financement approprié pour financer la médiation en santé, et mobilisent éventuellement d'autres stratégies : les ARS AURA et Grand Est combinent la mobilisation du FIR et de l'ONDAM. Enfin, l'ARS Pays de la Loire a décidé de limiter sa stratégie de financement à un soutien aux structures porteuses via des cofinancements de postes.

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, la construction progressive d'une stratégie de financement par le FIR

Sur les territoires, le déploiement des postes de médiateurs santé s'est construit dans une logique partenariale, incluant un cofinancement systématique par les collectivités concernées.

En 2022, l'ARS finance près de 40 opérateurs de médiation santé pour un montant de 3,4 M€ et a progressivement structuré un réseau régional animé par Labo Cités. La médiation santé a encore été renforcée dans le PRAPS 2023-2028, avec pour objectif d'élargir sa couverture régionale et de positionner la médiation santé comme une réponse pertinente dans les zones blanches.⁴⁶ Le FIR est mobilisé pour financer les médiateur.trices en santé avec une approche territoriale, ou pour des associations qui interviennent auprès de publics spécifiques, tandis que l'ONDAM est utilisé dans le cadre des dispositifs médico-sociaux qui intègrent au sein de leur équipe un médiateur (notamment les équipes mobiles santé précarité).

« En dehors des médiateurs en santé intégrés au sein d'équipes médicosociales financées via l'ONDAM, notre principal levier de financement est le FIR dont le montant de l'enveloppe annuelle n'est pas connu à l'avance et peut varier d'une année sur l'autre. D'où l'intérêt de définir une stratégie de déploiement et de priorisation des territoires et d'anticiper les besoins. Cela permet d'inscrire les besoins de financement dans le FIR et de déployer de nouveaux postes sous réserve que l'enveloppe le permette, le financement de la médiation en santé étant une priorité forte de l'ARS AURA.» ARS AURA

⁴³ FNASAT, Sidaction, Médiation en santé : sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité, 2024 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

⁴⁴ FNASAT, Sidaction, Médiation en santé : sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité, 2024 <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

⁴⁵ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023 https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

⁴⁶ F. Chambe, D. Viccini, La réponse de l'ARS pour améliorer l'accès aux droits et aux soins, Les cahiers du développement social urbain, 2022 <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2022-2-page-28?lang=fr>

Dans la région Grand Est, l'intégration de la médiation en santé dans certains dispositifs financés par l'ONDAM spécifique

D'autres ARS mobilisent l'ONDAM spécifique (dont l'ARS organise l'attribution, et la CPAM le paiement), pour intégrer de la médiation en santé dans les actions financées, c'est le cas de l'ARS Grand Est :

« C'est nous qui attribuons l'ONDAM aux dispositifs santé précarité. Quand on a construit les cahiers des charges, on a souhaité intégrer de la médiation en santé aux pratiques d'aller-vers. On a donc ajouté une mention dans le cahier des charges avec un renvoi au référentiel de la HAS. Nous ne sommes pas encore en capacité de vérifier que ces nouvelles activités sont complètement intégrées dans les pratiques mais cela permet une mise en œuvre progressive et complémentaire de ce qui peut être mis en place via un financement FIR. » ARS GE

L'ARS mobilise ainsi une double stratégie de financement : l'ONDAM pour intégrer de la médiation en santé aux dispositifs existants, et le FIR pour déployer des actions nouvelles. L'objectif est d'assurer une couverture optimale des actions de médiation en santé sur l'ensemble du territoire du Grand Est.

En Pays-de-la-Loire, un soutien de l'ARS via le cofinancement de postes au sein des structures d'exercice coordonné

L'ARS Pays de la Loire ne **souhaite pas lancer une stratégie de déploiement** de la médiation en santé faute de perspectives de financements pérennes. Le manque de visibilité de l'ARS elle-même exposerait les structures et les professionnels, si celle-ci leur allouait des financements non-renouvelés.

« Nous ne portons pas un plan d'action régional car nous n'avons pas de financement pérenne. On ne peut pas lancer une stratégie, un plan d'action et ne pas être en capacité de le mettre en œuvre. » **ARS PDL**

Le souhait de l'ARS est d'accompagner une montée en charge progressive de la médiation en santé via le cofinancement de postes dans le cadre de la politique de la Ville et via le soutien aux structures d'exercice coordonné. En 2023, L'ARS Pays de la Loire a donc lancé un appel à candidature pour accompagner les SECPa (structures d'exercice coordonnées participative) à s'inscrire dans un cahier des charges inspiré de celui de l'expérimentation article 51 SECPA. Les financements ont été interrompus fin 2025, mettant en difficulté les médiateur.trices dont les postes étaient financés sur des fonds non pérennes.

3. Une dépendance aux crédits disponibles et aux volontés politiques locales exacerbée pour les collectivités

L'action des collectivités semble dépendre des crédits disponibles et des volontés politiques locales.



Les collectivités territoriales font face à des contraintes budgétaires ne leur permettant parfois pas de cofinancer un poste de médiateur en santé alors même qu'elles y voient un intérêt réel sur leur territoire. **ARS AURA**

A l'inverse, une forte impulsion politique pour lutter contre la précarité peut se concrétiser par le financement d'un nouveau poste. Le manque de volonté politique peut également être compensé par la démonstration sur le terrain. Dans le Rhône, des collectivités ont fini par internaliser des postes de médiateurs en santé, anciennement portés par des réseaux associatifs. Ceux-ci leur ont « **permis de voir ce que c'était et d'en être finalement convaincus** ».

Deux contextes de construction du portage politique en Pays-de-la-Loire : Nantes et Angers

Le portage politique fort sur la ville de Nantes prend naissance au lendemain des émeutes de l'été 2018 et le décès d'un jeune homme lors d'un contrôle de police. L'Etat et la Ville mettent alors en place un grand plan d'action dans le cadre de la Politique de la Ville, orienté sur des actions dans les champs sociaux et culturels, et avec une action spécifique sur la médiation en santé. En 2020, **la Maire inscrit la santé comme une des priorités de son mandat**, avec en particulier l'ambition du déploiement de médiateurs en santé dans tous les quartiers de la ville. Aujourd'hui 11 postes sont financés exclusivement par la collectivité, permettant de couvrir tous les quartiers de la ville, via un marché pluriannuel de 4 ans représentant un budget conséquent.

Sur Angers, trois postes de médiateurs en santé ont été déployés sous l'impulsion de la préfecture de département dans le cadre du dispositif adulte-relais. Les cofinancements attendus sur ces postes (10%) sont alors pris en charge par les associations qui emploient les médiateurs en santé, faute de cofinancement des collectivités concernées (ville et agglomération) dans la phase expérimentale d'implantation du projet de médiation en santé. Après 6 années de déploiement, la Ville d'Angers pourrait soutenir le projet, aujourd'hui **convaincue par un dispositif qui a fait ses preuves**. « Aujourd'hui la ville pourrait être partante pour suivre, elle se montre intéressée et convaincue par l'innovation. Ça a montré que ça fonctionne via les postes d'adulte-relai »

Ces pratiques vont dans le sens des recommandations de l'IGAS qui préconise de « rationaliser et de pérenniser l'architecture du financement dévolu par l'État à la médiation en santé » notamment via un raisonnement par type de structure :

- Pour les **centres de santé participatifs et les maisons de santé participatives**, la mission recommande un financement conventionnel via l'assurance maladie
- Pour les **établissements de santé**, l'IGAS recommande d'acter un financement des postes de médiation en santé par une dotation fléchée (en remplacement du MIGAC) dans le cadre de la refonte du mode de financement des hôpitaux
- Pour les **établissements médicaux sociaux**, la mission préconise de maintenir le financement sur l'ONDAM spécifique (ARS / CPAM)
- Pour les **associations**, l'IGAS recommande une sanctuarisation d'une partie du FIR sur les inégalités sociales, et des engagements pluri-annuels de financement d'actions de médiation en santé

| Type de structure | Mode de financements actuels | Modèle cible de l'IGAS |
|--|---|---|
| Centre et maison de santé participatif | FIR, assurance maladie au titre de l'exercice coordonné, politique de la ville, collectivités territoriales, privés | Accord conventionnel qui intègre une dotation |
| SECPA | Assurance maladie au titre d'une expérimentation article 51 | |
| Établissement de soins | MIGAC | Dotation à l'instar des autres postes |
| Établissement médico-social | ONDAM spécialisé | ONDAM spécialisé |
| Associations | FIR, politique de la ville, collectivités territoriales, privés | Engagements pluriannuels du FIR |

Tableau simplifié et adapté IGAS⁴⁷

Si ces recommandations de l'IGAS sont pensées au niveau national, les acteurs régionaux ont également un rôle à jouer dans leur mise en œuvre, notamment le financement d'actions de médiations en santé dans les établissements médicaux sociaux par l'ONDAM et d'actions nouvelles notamment associatives par un engagement pluri-annuel du FIR.

⁴⁷ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

Au-delà du simple financement des actions de médiation en santé, un enjeu majeur réside dans la capacité des institutions régionales – en premier lieu les ARS - à centraliser et structurer l’information. Il ne s’agit pas seulement de connaître les montants attribués, mais également de disposer d’une vision claire des structures financées, des types de projets soutenus, ainsi que de la répartition des financements à l’échelle locale et régionale.

| Recommandation 3 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|---|---------------|---|
| <p>Poursuivre les efforts pour rationaliser l’architecture des financements au niveau régional en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisant la centralisation, au niveau des ARS, des informations relatives à l’ensemble des financements mobilisés, tous financeurs confondus, afin d’améliorer la lisibilité, la cohérence et le pilotage des interventions • Mobilisant de manière complémentaire par les ARS le FIR et l’ONDAM : <ul style="list-style-type: none"> ○ l’ONDAM dans le cadre de dispositifs médico-sociaux qui intègrent au sein de leur équipe un.e médiateur.trice ○ le FIR pour le financement d’autres types d’actions notamment associatives • Articulant des financements complémentaires par la politique de la ville, les collectivités, les structures privées, les DREETS et DDETS | ARS | Collectivité, politique de la ville, financeurs privés, DREETS et DDETS, CPAM, CNAM |

D. FORMER, ACCOMPAGNER ET ANIMER LES RESEAUX POUR VALORISER LES INTERVENTIONS ET EN GARANTIR LA QUALITE

Piloter signifie aussi **accompagner les acteurs de première ligne**, en particulier ceux qui incarnent des fonctions émergentes ou peu stabilisées, telles que la médiation. Cela passe par des actions de formation initiale et continue, de professionnalisation, mais aussi par l’animation de réseaux, le partage de pratiques, la supervision et la reconnaissance statutaire.

1. Reconnaître et valoriser le métier de médiateur.trice en santé sans en contraindre l’exercice

La fonction de médiation en santé est pluriforme selon les territoires et les structures. Selon les organisations, des actions de médiation en santé peuvent être portées par une équipe pluriprofessionnelle dans son ensemble, par un.e médiateur.trice bénévole ou professionnel.le.

Sur certains territoires, la fonction de médiation en santé est assurée par des personnes relevant de plusieurs structures différentes coordonnées par une fonction de management fonctionnel. Si cette organisation présente l’avantage de coordonner et mutualiser l’action de plusieurs structures, elle présente le risque de compliquer la gestion des ressources humaines, quand les différences de statut, de convention collective, de pratiques de travail et de rémunération sont source de tensions.



Nous avons des actions propres de médiation qui sont portées par des médiateurs. Mais nous avons aussi des actions du côté des bénévoles, qui, s’ils ne remplacent pas des professionnels ont les mêmes postures, et un référentiel qui ressemble à celui d’un.e médiateur.trice. C’est une mission plus qu’un métier dans ce cas. (...) On a souvent des projets hybrides avec des dispositifs bénévoles, où on ajoute un poste salarié de médiateur.trice en plus du coordinateur.trice. **Une structure porteuse d’actions en médiation en santé**



Nos médiateurs sont essentiellement des étudiants dans le domaine sanitaire, qui doivent donner six semaines de leur temps à une question de santé publique dans le cadre de leurs études en santé. Nous travaillons avec différents cursus et les déployons sur plusieurs thématiques, après les avoir formés aux bases de la médiation en santé et à la thématique choisie. **Une collectivité**

Cette orientation semble renvoyer au dispositif du service sanitaire des étudiants en santé, dont les actions sont par nature ponctuelles et non pérennes. Or, la médiation en santé repose sur un travail de longue durée, indispensable à l'instauration de relations de confiance durables avec les populations et les professionnels concernés. S'il est pertinent que les étudiants du SSES soient sensibilisés aux enjeux et aux principes de la médiation en santé, ils ne sauraient pour autant être assimilés à des médiateurs en santé à part entière.

Sur le plan statutaire, la Haute Autorité de Santé comme l'IGAS soulignent l'absence de statut professionnel clairement défini pour les médiateurs en santé, tant dans le secteur public que privé⁴⁸. La création d'un statut professionnel spécifique constituerait une avancée majeure. Elle permettrait d'encadrer, sur le plan légal et réglementaire, les conditions d'exercice du métier, ainsi que les droits et obligations des professionnels concernés, notamment en matière de formation et de reconnaissance institutionnelle. La reconnaissance du métier de médiateur.trice en santé a cependant bénéficié de la création d'une fiche ROME – le référentiel de France Travail proposant une description détaillée des métiers : définition, accès à l'emploi, compétences, contextes de travail, mobilité professionnelle.

Dans le Grand Est, la médiation en santé comme pratique pluriprofessionnelle avec le référentiel HAS comme « gage qualité »

Dans la région Grand Est, il n'existe pas à date de formation au métier de médiateur en santé. Dans ce contexte, l'ARS porte une vision plus souple de la médiation en santé, comme une pratique respectant le référentiel de la HAS et non forcément comme un métier, conditionné à l'obtention d'un diplôme.

« On ne souhaite pas pénaliser les structures qui portent des actions de médiation en santé en équipe. La médiation en santé est un métier qui peut être aussi assuré par un ensemble de professionnels. Par ailleurs, certains professionnels appliquent des techniques de médiation en santé sans pour autant être des médiateurs en santé ni avoir suivi de formation spécifique. Les acquis de l'expérience des acteurs de terrain doivent être valorisés. » ARS GE

L'ARS cherche donc à renforcer l'appropriation HAS comme « gage » qualité des interventions. L'ARS a réalisé un guide, avec plusieurs structures de la société civile dont Médecins du Monde, qui « reprend le référentiel pour le déchiffrer », pour « fournir des repères et outils pratiques aux professionnels et aux institutions souhaitant développer ou soutenir ce type d'initiatives ». Ce guide est à destination de l'ensemble des professionnels, et pourra permettre à l'ensemble des métiers médicaux et médico-sociaux d'intégrer des actions de médiation dans leurs pratiques.

De plus, face à l'absence de reconnaissance du métier de médiateur.trice en santé, les actions de certaines institutions pour faciliter leur cadre de travail doivent être soulignées :

En Auvergne Rhône Alpes, un guide des employeurs des médiateurs en santé

Le métier ne figurant pas dans les grilles conventionnelles collectives, la rémunération reste très variable, souvent indexée sur le profil initial des personnes recrutées. Afin de remédier à ces disparités de conditions de

⁴⁸ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

France Travail, Médiateur / Médiatrice en santé, 2025
<https://candidat.francetravail.fr/metierscope/fiche-metier/K1220/mediateur-mediatrice-en-sante>

travail, l'ARS Auvergne Rhône Alpes souhaite porter un guide employeur du médiateur en santé, établi avec des médiateurs en santé. Ce guide aurait vocation à clarifier les fourchettes de salaires, le déroulé de l'accueil d'un médiateur au sein de la structure, les types de partenariats mobilisables, les fiches postes types, les interlocuteurs qu'il est possible de solliciter.

Une action de sensibilisation est conduite pour rappeler l'importance de respecter les missions définies dans le référentiel, indépendamment du métier d'origine du médiateur. L'objectif est d'éviter que la médiation en santé ne soit fragmentée en fonction des compétences préexistantes (ex. : limiter l'intervention à l'accès aux soins pour un profil infirmier, au détriment de l'accès aux droits ou de l'accompagnement global, ou inversement pour un.e professionnel.le de l'action sociale).

2. Garantir une offre de formation adaptée

Dans une volonté de structuration de la profession et de reconnaissance académique du métier, une attention particulière est portée à la montée en compétence des médiateurs en santé, tant nouveaux qu'expérimentés.

Les médiateur.trices en santé sont issus de formations variées : l'étude C-PRO-MS conduite par Sidaction et la FNASAT montrait plus de 69% des participant.es avaient un niveau d'étude inférieur ou égal à bac+3. Leurs formations initiales se répartissaient de la manière suivante : 40% dans le social, 30% autres (art, tourisme, droit) et 27% en santé (sanitaire et santé publique). L'étude met également en valeur les inégalités de niveau de formation en médiation en santé des répondant.es puisque seulement « 30% avaient un diplôme en médiation en santé et 20% des participant.es étaient en formation en médiation en santé ». ⁴⁹ Les écarts de formation entre les médiateurs en santé peuvent constituer des facteurs de légitimation différenciés.



La proximité culturelle est un plus, mais elle n'est pas constitutive de la médiation en santé. En Guyane, beaucoup de médiateurs disent être embauchés pour leurs origines brésiliennes, dominicaines etc. Nous sommes très vigilants avec ces discours liés à un manque de formation, car nous trouvons cela réducteur : ce n'est pas pour ça qu'ils ne seraient pas en capacité de travailler avec d'autres communautés.

La filière de formation reste encore insuffisante et inégalement répartie sur le territoire français malgré l'existence de plusieurs formations et diplômes universitaires (DU) dédiés. On peut citer, parmi les dispositifs existants :

- Le DU Médiation en santé de Sorbonne Paris Nord⁵⁰
- Le DU Médiation en santé – Approche transculturelle – processus de médiations de l'université Paris Cité⁵¹
- Le DU Médiation en santé de l'Université de Guyane⁵²
- Le DU Médiation en santé de l'Université Claude Bernard Lyon 1⁵³

⁴⁹ FNASAT, Sidaction, Médiation en santé : sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité, 2024
<https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>

⁵⁰ Université Sorbonne Paris Nord, DU Médiation en santé
<https://odf.univ-spn.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/du-mediation-en-sante-MHP3GUSQ.html>

⁵¹ Université Paris Cité, DU Médiations en santé – Approche transculturelle – processus de médiations
https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STs/du-mediations-en-sante-approche-transculturelle-processus-de-mediations-XUM4_121.html

⁵² Université de Guyane, DU Médiation en Santé
<https://www.univ-guyane.fr/choisir-sa-formation/uf-sante/du-mediation-en-sante/>

⁵³ Université Claude Bernard Lyon 1, DU Médiation en santé
<https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1811/mediation-en-sante.html>

- La licence professionnelle Interventions sociale : accompagnement de publics spécifiques, médiateur de santé-pair de l'Université de Bordeaux⁵⁴
- La licence de sciences sanitaires et sociales, mention « médiateurs de santé-pairs », proposée à Bobigny (Université Paris 13)⁵⁵ qui s'adresse à des personnes disposant d'une expérience vécue des troubles en santé mentale, engagées dans un processus de professionnalisation comme médiateurs de santé pairs (MSP), dans le cadre d'un emploi au sein de structures sanitaires, médico-sociales ou sociales.

Les contenus et les durées de formation demeurent hétérogènes, variant de trois mois à cinq ans selon les établissements et les parcours et ne recouvrent pas toujours la définition ou les compétences définies par la HAS.

Dans ce cadre l'IGAS recommande notamment de :

- Développer une offre de formation spécifique à la médiation en santé, à l'image des initiatives mises en place dans le champ de la santé mentale avec les « premiers secours en santé mentale », et étudier les conditions d'une extension du congé pour activités civiques aux personnes dûment formées.
- Instituer un diplôme de médiateur-riche en santé de niveau licence, accessible également par la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP).
- Mettre en place une certification professionnelle en médiation en santé, inscrite au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), ouvrant la voie à l'exercice du métier soit par la formation continue, soit par la validation des acquis de l'expérience (VAE).⁵⁶

De plus, de nombreuses structures interrogées soulignent le levier potentiel d'un financement des formations en médiation en santé par les Opérateurs de compétences (OPCO), organismes agréés par l'Etat chargés d'accompagner la formation professionnelle des salariés. Ceci permettrait de prendre en charge tout ou partie des coûts liés aux formations de médiateurs.

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : La création d'un diplôme universitaire (DU) à l'Université de Lyon

À l'échelle régionale, un Diplôme Universitaire (DU) dédié à la médiation en santé a été ouvert récemment, porté par l'université de Lyon. La première promotion a été diplômée en 2024.

Par ailleurs, une enquête annuelle d'activité de l'ARS permet de documenter les besoins du terrain ; cette année, un focus spécifique est consacré à la question de la formation, dont les résultats feront l'objet d'une restitution.

La majorité des médiateurs déclarent avoir accès à de la formation continue. Lors d'une consultation, plusieurs besoins prioritaires ont été identifiés. Le premier concerne les problématiques liées à l'addictologie, pour lesquelles une formation régionale spécifique est envisagée. Celle-ci aurait également pour objectif de créer des temps de rencontre entre médiateurs, qui sont aujourd'hui souvent intégrés à des sessions de formation généralistes aux côtés d'autres professionnels, sans contenu spécifiquement adapté à leurs missions.

D'autres besoins ont également émergé :

- L'accès aux droits en santé, thématique pour laquelle certains organismes comme les CPAM proposent déjà des webinaires réguliers ;
- L'organisation et la conduite d'actions collectives en prévention et promotion de la santé ;
- Les liens entre culture et santé.

Des réflexions sont en cours pour proposer des modules de formation adaptés à ces thématiques, répondant aux attentes exprimées par les professionnels sur le terrain. En 2025, l'ARS a proposé la formation Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) aux médiateur.trices en santé qui n'étaient pas déjà formés à ce sujet.

⁵⁴ Université de Bordeaux, Licence professionnelle Intervention sociale : accompagnement de publics spécifiques, médiateur de santé-pair, 2025

<https://college-sciences-homme.u-bordeaux.fr/espace-candidats/actifs-et-personnes-en-reprise-detudes/nos-formations/Licence-professionnelle-mediateur-sant%C3%A9-pair>

⁵⁵ Université Sorbonne Paris Nord, Licence Sciences Sanitaires et Sociales (SSS) Parcours : Médiateurs de Santé-Pairs

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

⁵⁶ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023

https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

L'existence d'un DU en AURA est un véritable levier pour le déploiement de la médiation en santé. Dans le Grand Est, les différentes structures dont l'ARS soulignent justement ce frein au manque de formation existant sur son territoire pour la professionnalisation du métier.

A Strasbourg (Grand Est) : La piste d'un nouveau DU avec la faculté de médecine

Dans le cadre du contrat local de santé, un réseau de médiation en santé est né à l'initiative de la ville de Strasbourg. Les structures porteuses de la coordination (la ville de Strasbourg, l'association Médecins du Monde et l'association Asalée) ont identifié comme prioritaire la recommandation d'une formation certifiante et diplômante. Des démarches ont été initiées par ce groupe de travail pour la création d'un DU local sur la médiation en santé par la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg.

| Recommandation 4 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|--|---------------|--|
| <p>Structurer une offre de formation professionnelle pour les médiateurs et médiatrices en santé, en priorisant la création d'un diplôme universitaire par région voire d'une Licence professionnel de médiateur.trice en santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser la sécurisation des compétences autour du référentiel de la HAS • Structurer une offre de formation à l'échelle régionale articulant <ul style="list-style-type: none"> ○ formation initiale, via les licences notamment ○ formation continue via les DU notamment ○ validation des acquis de l'expérience • Maintenir des voies d'accès inclusives à la formation, afin de préserver la diversité des profils et l'ancrage expérientiel du métier. Le recours aux financements par les OPCO (opérateurs de compétences) constitue à cet égard un levier central. | Universités | Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche France Travail ARS |

E. COORDONNER L'OFFRE DE MEDIATION EN SANTE POUR GARANTIR LA COHERENCE ET LA COMPLEMENTARITE DES ACTIONS

Sur le terrain, les structures interrogées témoignent d'un défaut de coordination formelle des acteurs, qui se manifeste notamment par un cloisonnement entre dispositifs, un manque d'interconnaissance entre les acteurs et de grandes différences de cultures professionnelles et de pratiques de la médiation en santé selon les structures.



C'est un métier qui est un processus : on voit bien qu'il y a beaucoup d'acteurs qui n'ont pas de vision commune. Donc il faut constamment rappeler le cadre et le référentiel, même si on peut avoir des visions différentes : un médiateur n'est pas un pompier ni un sauveur. C'est pour ça qu'on mène ce travail d'accompagnement des structures.

La Haute Autorité de santé relève également ce frein organisationnel au déploiement de la médiation en santé et préconise la création de plateformes locales, pour permettre aux médiateur.trices d'avoir un lieu d'échanges, d'information, de ressources et de plaidoyer autour des freins ou des obstacles rencontrés en matière d'accès aux soins. Ces plateformes permettraient également la mise à disposition de documents et faciliteraient la construction de partenariats entre les acteurs de la santé et du social.

1. Offrir un espace de partage de pratiques et d'outillage

Dans sa thèse « Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de soin », Elodie Richard souligne le besoin d'accompagnement de la médiateur.trice dans la mise en œuvre de la médiation en renforçant les dynamiques collectives et territoriales. La création ou le soutien de pôles ressources régionaux ou de plateformes d'appui et de ressources régionales et/ou territoriales, conçus pour et avec les médiateurs et médiatrices en santé, aurait pour objectif de proposer des espaces de supervision et d'analyse des pratiques, d'accompagner les structures employeuses dans l'intégration des médiateurs au sein des équipes pluridisciplinaires, ainsi que de valoriser leurs missions et leurs actions auprès du public et des autres professionnels socio-sanitaires du territoire.⁵⁷ Dans la mesure du possible, afin d'éviter une démultiplication des structures exerçant ces fonctions supports du champ sanitaire et social, ces pôles ressources régionaux pourraient être adossés à des structures existantes et exerçant des fonctions similaires comme les centres de ressources sur les politiques de la ville, sur la santé et la précarité.

C'est également la recommandation de la mission de l'IGAS qui recommande explicitement de s'appuyer sur le programme national de la médiation en santé, et ses déclinaisons régionales en tant que « dispositifs d'appui (pôles de ressources) incluant a minima de l'analyse et de l'échanges de pratiques, les modalités de structuration des remontées portant sur d'éventuels dysfonctionnements du système de santé, la consolidation des liens avec les acteurs du système (CPAM, CAF, CNAV, CCAS...) ainsi que des actions de sensibilisation à la médiation en santé. » IGAS⁵⁸

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : L'animation d'un réseau par Labo Cités

Labo Cités, centre de ressources en politique de la ville⁵⁹ en Auvergne-Rhône-Alpes, anime depuis 2007 le Collectif Santé. Celui-ci rassemble depuis 2007 les coordinateur.trices des Ateliers santé ville (ASV). Ce réseau a depuis été étendu aux Contrats Locaux de Santé (CLS) et aux Contrats Locaux en Santé Mentale (CLSM).

Depuis 2017, en partenariat avec l'ARS, Labo Cités anime également le réseau régional des médiateur.trices en santé intervenant en QPV, mais aussi dans des zones rurales et urbaines hors QPV avec des indices de défavorisation sociale élevé. Ce réseau a pour objectif de mettre à disposition des professionnels des espaces dédiés aux échanges et à la réflexion collective et de favoriser le développement et le renforcement des compétences des professionnels.

Le groupe de médiateurs rassemble désormais 86 médiateur.trices avec une stratégie territoriale, et se réunit de manière annuelle sur deux journées consécutives. Les objectifs de la rencontre étaient par exemple, en mai 2025 :

- Échanger sur les modalités d'exercice de la médiation en santé.
- Acquérir des connaissances sur les problématiques de santé mentale.
- Bénéficier d'une séance d'analyse de la pratique professionnelle.
- Poser les bases de futures collaborations en matière de prévention.

La journée de 2025 s'est ainsi articulée entre :

- Des présentations : de la stratégie de l'ARS sur la médiation en santé, des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

⁵⁷ Richard, E. Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé. Santé. Université de Bordeaux, 2023
<https://theses.hal.science/tel-04402711>

⁵⁸ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

⁵⁹ Réseau National des centres de ressources politique de la ville Les centres de ressources politique de la ville « ont pour visée principale d'accompagner la qualification des acteurs du développement social et urbain, à commencer par les professionnels de la politique de la ville. »
<https://www.reseau-crpv.fr/les-crpv/>

- Recueil des besoins des médiateur.trices en santé en matière de formation continue
- Analyse de pratique de médiateur.trices aux côtés d'intervenants spécialisés
- Forum de la médiation en santé pour « découvrir et échanger en petits cercles autour d'initiatives, méthodes et outils » par exemple l'outil de « L'ordonnance visuelle » ou l'action « Un Moi(s) sans tabac »

Dans le cas de l'Auvergne-Rhône-Alpes, un véritable facteur de réussite de la dynamique d'animation du collectif est l'articulation de Labo Cités avec l'ARS :

- Les médiateur.trices participant.es aux réseaux sont celles et ceux recensé.es par l'ARS, ce qui permet d'assurer une cohérence entre les médiateur.trices financés, recensé.es dans les différentes enquêtes, et participant.es aux réseaux.
- Les journées Labo Cités sont également l'occasion de présenter les stratégies des différents acteurs institutionnels dont l'ARS
- Le financement de l'ARS permet de prendre en charge les frais logistiques de l'organisation du réseau et permet d'éviter toute potentielle réticence des employeurs à dégager du temps de travail pour ces jours.

En complément de ce réseau régional, plusieurs dynamiques d'animation de réseau des médiateur.trices en santé au niveau départemental sont pilotées par les délégations départementales de l'ARS.

Dans d'autres contextes, où les acteurs institutionnels n'assurent pas ou assurent insuffisamment cette fonction de partages de pratiques, les réseaux alternatifs notamment associatifs ont pris le pas sur cette fonction de pilotage, comme en Pays de la Loire.



En réalité il y a un système D : les médiateurs se rencontrent en off pour échanger sur les questions qui les préoccupent. Ces rencontres nous alimentent beaucoup. **Une structure porteuse d'actions en médiation en santé**

Dans les Pays-de-la-Loire, la préfiguration d'une plateforme régionale de médiation en santé co-porté par les médecins libéraux et des associations

Une dynamique portée par les acteurs associatifs a permis la préfiguration d'une plateforme régionale de la Médiation en santé (PRMS). L'ambition du PRMS est double :

- A destination des médiateurs en santé : accompagner la structuration et la professionnalisation au travers de mises en réseau, d'échanges, remontées des difficultés, partage de freins et leviers, formations, analyse des pratiques. Ces médiateur.ices viennent de territoires différents, plus ou moins isolé.es dans leur équipe, venant de structures différentes (associations, MSP etc...) et avec des approches différentes et complémentaires : populationnelle et territoriale.
- A destination des responsables de structures : coordonner les structures déployant des projets de médiation en santé en installant des espaces d'échange, d'information, de réflexion et de collaboration.

A ce volet d'actions de regroupement de médiateurs en santé et de responsables de structures, le PRMS prévoit un projet recherche portant sur les conditions de pérennisation et de déploiement du projet **programme**.

« Les objectifs du PRMS sont de fédérer les expériences, mutualiser les outils, accompagner le déploiement de la médiation en santé, cartographier la Médiation en santé entendue selon les recommandations de la HAS » (représentant de l'Union Régionale des Médecins Libéraux).

Cette dynamique est portée en particulier par Médecins du monde, l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et Les Forges Médiation, association locale historiquement positionnée sur la médiation sociale qui

est aujourd'hui un acteur pilier de la médiation en santé sur la région et Nantes en particulier. Ces travaux sont suivis avec intérêt par l'ARS qui n'y prend toutefois pas part.

Les Forges Médiation ont obtenu en 2023 une enveloppe au titre du Pacte local des solidarités. Cette enveloppe ponctuelle, sur une année, non renouvelée est mobilisée pour animer des temps de rencontre entre les médiateurs en santé (deux rencontres ont été réalisées). En dehors de ces rencontres, cette dynamique très intéressante reste dans les faits plus au stade d'intentions que d'actions concrètes, faute de financements et de portage institutionnel permettant de soutenir et d'installer un pilotage légitime du PRMS.

« Le principal frein est le manque de financement : avec un financement ARS ça aurait probablement pris son envol, mais là c'est dur de faire vivre un projet dans la durée. On fait se rencontrer des médiateurs mais c'est seulement du volontariat, sans portage politique il faut toujours réexpliquer le pourquoi du comment. C'est un temps infini mais c'est toujours d'actualité et on est persuadé que c'est nécessaire pour la médiation en santé. » (autre association impliquée dans le PRMS).

2. Construire des parcours lisibles pour les professionnels et les personnes accompagnées

Le pilotage implique aussi une **fonction de coordination des offres d'action** sur le territoire. Le rôle du pilote est alors de favoriser l'articulation des interventions, de construire des pratiques de la médiation en santé cohérentes pour les professionnels comme pour les personnes accompagnées, et de garantir la complémentarité des actions dans une logique de continuité et d'accessibilité.

Cette coordination peut avoir différentes vocations : une coordination politique pour porter le sujet de la médiation en santé à Strasbourg, une coordination territoriale pour homogénéiser les pratiques comme en Guyane, une coordination stratégique pour articuler les politiques de médiation en santé comme en Auvergne Rhône Alpes.



A Strasbourg, notre réseau est né du diagnostic partagé pendant les travaux du Contrat Local de Santé. On s'est rendu compte qu'on était beaucoup à faire de la médiation, même si les visions étaient différentes. On s'est dit pourquoi ne pas se fédérer pour faire progresser la médiation en santé à un moment charnière, entre les balbutiements actuels et ce que ça pourrait devenir demain ? »

En Guyane : Vers une régionalisation porteuse d'équité territoriale

La mise en œuvre d'une démarche de régionalisation en Guyane vise à éviter les écueils d'un développement à plusieurs vitesses. Elle repose sur une adaptation fine aux spécificités de chaque territoire, qu'il s'agisse des zones littorales ou de l'intérieur.

Cette approche implique plusieurs dimensions d'équité :

- Une équité d'accès et d'appropriation pour les bénéficiaires, afin que chacun puisse accéder aux services de médiation en santé et s'en saisir efficacement, quel que soit son lieu de vie.
- Une équité entre les médiateurs, en assurant un accès homogène aux dispositifs existants (formations, accompagnement, outils, réseaux).
- Une équité entre les structures impliquées, qu'elles soient associatives ou hospitalières, afin de garantir une compréhension commune de la médiation en santé et du rôle du médiateur.⁶⁰

⁶⁰ CRPV de Guyane, ADER Guyane, GPS, Déploiement de la médiation en santé : quels enjeux et leviers pour les territoires ? Rencontres Santé Publique France, 2024
https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2024/06/4-SOULLARD_MERLET.pdf

La fonction de coordination peut également être entendue comme une forme de portage politique et d'harmonisation entre les politiques de différentes institutions.

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : La place de la médiation en santé dans les coordinations portées par l'ARS

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a engagé un travail de coordination à l'échelle régionale. Les délégations territoriales sont mobilisées en lien avec d'autres financeurs et partenaires. L'instance régionale de réduction des inégalités de santé a été relancée, réunissant autour de la table des élus, conseils départementaux, CPAM, CAF, centres de santé, URPS médecins, ainsi que plusieurs fédérations. La médiation en santé y a été représentée, témoignant d'un effort collectif de reconnaissance et de structuration du champ. Un retour d'expérience ou un état des lieux pourrait être présenté prochainement au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), instance de démocratie sanitaire. Diverses opportunités d'action sont actuellement mobilisées afin de rendre visible, lisible et opérationnelle la médiation en santé à l'échelle régionale.

Pour ces coordinations, la question de l'échelle pertinente est récurrente : si de nombreux réseaux émergent au niveau régional afin de s'aligner avec l'échelle d'action actuelle ou potentielle de l'ARS et de rassembler le plus d'acteurs possibles – notamment les URPS et les CRSA, d'autres privilégient l'échelle locale. Ces divergences témoignent d'ambitions différentes de coordinations : entre vocation opérationnelle au niveau local, et vision plus politique au niveau régional.



Dans le PRAPS, on voit qu'un des objectifs est d'animer un collectif, mais nous on voit déjà au niveau local que c'est difficile de réellement travailler ensemble, de partager des informations. Notre objectif est déjà de rendre notre coordination pérenne et fluide avant d'envisager une échelle plus large. **Une structure porteuse de projets de médiation en santé**

| Recommandation 5 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|--|--|---|
| <p>Soutenir la structuration des réseaux de médiation en santé existants ou en développement, à l'échelle territoriale ou régionale, afin d'offrir un espace de partage des pratiques et d'outils pour les médiateur.trices en santé qui permette l'analyse des pratiques, la montée en compétences, l'accompagnement des structures pour l'intégration des médiateur.trices en santé dans des équipes pluridisciplinaires et la valorisation de leurs actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'adosser à des pôles ressources régionaux déjà existants dans les champs du sanitaire et du social • Articuler ce réseau au réseau répertorié par les ARS des structures financées en médiation en santé sur le territoire • Penser un réseau <ul style="list-style-type: none"> ○ à l'échelle locale, en cohérence avec les CLS ○ à l'échelle régionale et/ou départementale, de manière articulée avec les ARS et leurs DT, mais aussi les URPS, réseaux de CPTS et CRSA | Réseaux existants ou en développement, acteurs implantés sur les territoires ayant une expertise d'animation-coordination de réseau, dont les Promosanté | ARS, structures de soins coordonnés (DAC, CPTS, MSP...) |

F. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE A LA FONCTION DE MEDIATION ET AUX BESOINS DES PUBLICS CONCERNES

Une autre dimension essentielle du pilotage consiste à **soutenir l'adaptation de l'offre institutionnelle ou professionnelle aux besoins identifiés, par l'information et la sensibilisation des acteurs du système de santé**. Cela implique de soutenir les médiateur.trices dans la sensibilisation des acteurs de l'offre de soins, de les accompagner dans l'évolution de leurs représentations, de leurs pratiques et de leurs organisations. Le pilotage devient ici un levier d'acculturation, de transformation des postures et de réorganisation des interfaces entre secteurs. Cette dimension est essentielle à plusieurs titres :

- Le médiateur.trice en santé est continuellement en lien avec les professionnels de santé, qu'il s'agisse de son cadre de travail (équipes pluriprofessionnelles, équipes de soins coordonnées, médiateurs employés en CHU) ou de son réseau.
- Le médiateur.trice en santé oriente de manière récurrente des personnes vers les systèmes de santé et assure une fonction d'interface entre patient et soignant : si ces systèmes de santé ne sont pas adaptés pour accueillir de manière qualitative les personnes orientées, le travail de médiation est compromis.

Seulement, le métier de médiateur en santé reste encore insuffisamment identifié, en particulier par les professionnels de santé, qui peinent donc à le mobiliser utilement. D'après l'IGAS :

La médiation en santé pâtit d'un cumul de rapports de pouvoirs professionnels et institutionnels défavorables à la bonne coopération entre acteurs et à la reconnaissance de la pertinence de ces actions souvent réalisées en dehors des établissements : d'une part, parce qu'elle peine à asseoir sa légitimité professionnelle dans un environnement caractérisé par le désintérêt voire la défiance de certains professionnels mus par la crainte, consciente ou inconsciente, de réinterroger ou partager leurs pratiques professionnelles ; d'autre part, en raison du fonctionnement institutionnel cloisonné du monde sanitaire, médico- social et social qui complique le positionnement d'interface de la médiation en santé. IGAS⁶¹

Les médiateur.trices en santé sont exposés de manière très inégale aux éventuelles réticences du système de santé :



J'ai longtemps été infirmière libérale et c'est très facilitant car j'ai déjà un pied dans le soin, et la connaissance de ce qui se passe à l'hôpital. J'ai les contacts professionnels et une forme de légitimité. Quand je vais à un rendez-vous avec un patient chez un spécialiste, je maîtrise le langage. J'ai eu l'occasion d'échanger avec des collègues de formation de travail social, qui n'avaient pas cette même culture médicale et pour qui c'était plus difficile. Quand j'ai pris mes fonctions j'accompagnais en CHU, je me présentais en médiatrice en santé, le métier n'était pas du tout connu, on me demandait si j'étais traductrice en albanais. Au début je n'ai pas dit que j'étais infirmière pour vraiment être accueillie en médiatrice. Quand j'ai expliqué mes fonctions à l'hôpital, ça a permis une vraie adhésion au parcours de soin, j'ai dit que je pouvais aider à traduire et faire le lien avec un traducteur. **Médiatrice en santé**

⁶¹ IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023
https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

La mission de l'IGAS préconise donc des campagnes de communication et d'interconnaissances, ainsi que l'inclusion de la médiation en santé dans les parcours de formation des acteurs de la santé, du social et du médico-social⁶². De même, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), dès la phase de lancement d'un projet, il est essentiel que les acteurs de la médiation en santé informent les partenaires locaux de leur présence, de leurs missions et de leur mode d'intervention. Plus en amont, la médiation en santé peut être incluse dans la formation des professionnels de santé et des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux : l'EHESP inclut notamment la médiation en santé dans le cadre de plusieurs formations en ligne.

Plusieurs exemples d'engagement des systèmes de soin ressortent de nos études de cas :

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : Une campagne de communication portée par l'ARS

Des supports audiovisuels⁶³ ont été réalisés par l'ARS AURA afin de valoriser les apports de la médiation en santé sous différents angles. Trois clips vidéo ont été produits, chacun illustrant un point de vue distinct : celui d'une personne accompagnée, celui d'un médiateur en santé, et celui d'un professionnel de santé témoignant de l'intérêt de recourir à ce dispositif. Ces contenus ont pour objectif de favoriser une meilleure compréhension du rôle et de l'impact de la médiation.

En complément, une réflexion a été engagée autour des outils d'identification à destination des médiateurs afin de renforcer leur visibilité lors des prises de contact sur le terrain : la création d'un flyer synthétique, facilement lisible, intégrant un espace personnalisable avec les coordonnées du médiateur et le logo de la structure.

Dans le Grand Est, à Strasbourg : un Forum de la Médiation en Santé à destination des professionnels de la santé et du social

L'Eurométropole et Médecins du Monde ont organisé un forum fin 2024 destiné aux professionnels du secteur médical et social pour :

- Favoriser la rencontre avec le réseau de médiation en santé de Strasbourg, via des stands et des moments informels (apéritif dinatoire)
- Aider les acteurs à mieux repérer les acteurs de médiation en santé
- Répondre aux difficultés des professionnels dans leur suivi des populations éloignées du système de santé
- Mieux faire connaître la médiation en santé

| Recommandation 6 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|--|----------------|--|
| <p>Soutenir les médiateur.trices dans leur inscription ou leurs relations avec les services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les médiateur.trices dans la sensibilisation des acteurs de l'offre de soins • Développer des campagnes de communication et d'interconnaissances • Favoriser l'inclusion de la médiation en santé dans les parcours de formation des acteurs de la santé, du social et du médico-social • Relayer l'information de l'existence des actions de médiation en santé auprès des partenaires locaux | ARS, URPS, CHU | Structures de soins coordonnés (DAC, CPTS, MSP...), CPAM, CCAS, PMI, structures sociales, réseaux associatifs, réseaux de professionnels.les |

⁶² IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023

https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

⁶³ ARS AURA, La médiation en santé en Auvergne Rhône Alpes, 2025

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-mediation-en-sante-en-auvergne-rhone-alpes>

G. SUIVRE L'ACTIVITE, EVALUER L'IMPACT, SOUTENIR ET DIFFUSER LES TRAVAUX DE RECHERCHE

Soutenir et diffuser la recherche, favoriser la capitalisation des expériences, encourager les croisements entre savoirs académiques et savoirs issus de la pratique, sont autant de leviers qui permettent d'alimenter le pilotage en ressources critiques, en points d'appui pour la décision, et en outils d'objectivation des effets de l'action publique.

1. Construire des méthodes de suivi-évaluation avec et pour les structures porteuses

Le pilotage via la planification et le financement implique également la construction de méthodes de suivi et d'évaluation des objectifs lancés.

Les structures de terrain interrogées témoignent de méthodes et d'indicateurs d'évaluation inadaptés pour plusieurs raisons :

- difficiles à intégrer dans leurs pratiques professionnelles,
- souvent incohérents avec leur vision des impacts de la médiation en santé, difficiles selon elles à résumer derrière des indicateurs d'activités,
- différents selon les financeurs, ce qui pose des difficultés en cas de cofinancement d'un poste ou de plusieurs postes dans une même équipe.



Il y a un réel besoin de se mettre d'accord sur des indicateurs et de distinguer indicateurs d'impact et d'activité. L'ARS voudrait compter le nombre d'actes par les médiateurs en santé. Mais cela n'a pas de sens dans une équipe pluridisciplinaire : on ne va pas compter pour certains et pas pour d'autres, selon qui finance quel poste ? L'accompagnement n'est pas pluri professionnel pour rien : on ne pourra évaluer que l'ensemble de l'accompagnement et pas les actes d'une seule personne. » **Une structure porteuse d'actions en médiation en santé**



Au début quand j'ai pris mes fonctions quand on m'a demandé de faire un bilan d'activité pour le remettre à l'ARS j'étais complètement perdue. Surtout que tout n'est pas palpable : dire les accompagnements physiques au rendez-vous c'est facile, mais mettre en valeur tout le reste n'est pas facile. (...) Ce n'est pas toujours simple de comprendre ce qui est attendu de nous, alors que ça conditionne l'enveloppe à laquelle on prétend. **Médiatrice en santé**

De plus, en l'absence récurrente d'une stratégie coordonnée de la médiation en santé sur les territoires, les indicateurs d'évaluation demandés reflètent souvent des logiques d'action propres aux différents acteurs qui les sollicitent. En effet, plusieurs acteurs institutionnels financent des actions de médiation en santé au titre de leurs feuilles de route – qu'il s'agisse de la politique de la ville, de la santé ou de l'accès aux droits – chacune impliquant, pour les financeurs, des indicateurs prédéfinis dans lesquels les porteurs de projet ont le sentiment de devoir « rentrer ».

Dans ce contexte, **les porteurs de projets peuvent choisir de définir, en complément, leurs propres démarches de suivi-évaluation :**

A la Croix Rouge Française : un travail de fond sur les démarches de suivi-évaluation

La Croix Rouge Française développe plusieurs dispositifs de médiation en santé sur le territoire. Ces projets sont souvent à la croisée de l'action sociale et de la santé, et sont donc financés de manière hybride avec des fonds Croix Rouge, des contrats aidés de la politique de la ville, des ARS. Ces différentes modalités de financements imposent des démarches de reporting différenciées : chaque financeur ayant sa propre feuille de route et objectifs à remplir :

« Les ARS demandent des indicateurs sur les programmes au sens large, c'est parfois des modalités d'évaluation très lourdes, avec des objectifs de santé qui ne sont pas forcément les mêmes que dans notre réseau. La politique de la ville nous demande encore d'autres indicateurs : comme la subvention n'est pas fléchée santé, on doit tordre les questions pour faire rentrer de la santé dans des objectifs qui n'en contiennent pas. Quand les financeurs ne viennent pas du milieu de la santé, on a l'impression de ne pas montrer ce qui est réellement créé. »

Face aux limites de ce reporting peu satisfaisant pour évaluer la qualité des actions menées, la Croix rouge a développé une réflexion sur ses propres méthodes d'évaluation en conciliant deux apports :

- Avec les bénévoles et salariés des programmes de médiation, afin de définir ensemble des critères de réussite et des bonnes pratiques
- En cohérence avec la stratégie nationale de la Croix Rouge, afin de décliner les objectifs en actions, puis en indicateurs

Pour éviter de limiter l'évaluation au reporting financier, ou de devoir le dupliquer d'une démarche interne à la structure, une troisième voie peut être la co-construction des méthodes et des indicateurs avec les équipes de terrain. Cela permet d'éviter une surcharge administrative pour les porteurs de projets, souvent confrontés à une multiplication des demandes de reporting. En associant directement les médiateurs et les responsables des structures à la définition des indicateurs, les démarches évaluatives gagnent en faisabilité tout en assurant une cohérence globale à l'échelle du territoire. Les données collectées deviennent également utiles pour les structures, plutôt que de constituer un exercice formel de reddition de comptes. Pour les institutions, les données collectées doivent avoir une portée claire : dans cette perspective, l'ARS AURA s'attache à valoriser le suivi des activités et le portage institutionnel de la médiation en santé, en veillant à ce que les résultats produits servent directement la gouvernance régionale et l'ajustement des politiques publiques.

En Auvergne Rhône Alpes : La co-construction d'indicateurs communs, complétés d'une enquête annuelle

Actuellement, environ 41 % de la population du territoire est couverte par une action de médiation en santé, mais cette couverture demeure partielle au regard des ressources humaines disponibles.

Une enquête annuelle d'activité a été mise en place afin de disposer de données régionalisées sur les conditions d'exercice des médiateurs en santé, l'activité des médiateur.trices (file active, type d'accompagnement individuels et collectif...) les partenariats mobilisés. Transmise individuellement à chaque médiateur, elle permet une collecte de données structurée, mais montre aujourd'hui ses limites techniques. Un groupe de travail associant des médiateurs sera prochainement constitué afin d'identifier un outil plus performant et mieux adapté à leurs besoins quotidiens. L'enquête d'activité joue donc un rôle dans le pilotage local et régional :

- Pour les structures financées, elle constitue un outil d'évaluation annuel, utilisé comme base de bilan par les médiateurs. Ceux-ci définissent leurs propres critères d'évaluation, les complètent d'année en année, et bénéficient d'un appui pour harmoniser les pratiques. Cette auto-évaluation permet d'éviter une surcharge administrative liée à la production de multiples bilans spécifiques, tout en assurant le pilotage des objectifs définis dans les conventions de financement.
- L'enquête nourrit également la valorisation interne et institutionnelle : À titre d'exemple, dans le cadre d'un groupe de travail santé-emploi-logement animé par la DREETS, des données issues de l'enquête ont permis de quantifier l'accompagnement de personnes sans emploi par les médiateurs en santé. Cette analyse a mis en évidence l'impact de la santé comme frein à l'insertion professionnelle et permis de mobiliser la médiation en santé comme levier dans d'autres politiques publiques.

L'ARS s'est engagée récemment dans le financement de l'outil MANO déjà souvent utilisé en région dans le champ social et médico-social. Il s'agit d'un outil de suivi des personnes prises en charges, retraçant l'activité des professionnels, avec des fonctionnalités souples et modulables. Il semble a priori bien adapté aux missions des médiateurs en santé. Un petit groupe de travail va être constitué début 2026 avec notamment des médiateurs en santé, des DD ARS et la chargée de projet MANO en ARA afin de configurer l'outil pour les médiateurs en santé. L'objectif sera de la présenter lors des 2 journées régionales de regroupement des médiateurs en mai 2026.

C'est notamment la démarche engagée par la ville de Nantes qui privilégie des indicateurs co-élaborés et proportionnés à la réalité du terrain.

Dans les Pays-de-la-Loire, la définition et le suivi des objectifs dans le cadre du marché passé entre la Ville de Nantes et l'association Les Forges médiation

La stratégie de déploiement de la médiation en santé dans l'ensemble des quartiers de la Ville de Nantes porté par la direction Santé publique de la Ville repose sur un marché de prestation de service. Le cahier des charges explicite les attentes en termes de suivi des actions, avec une approche intéressante à plusieurs titres :

Les objectifs et indicateurs de suivi sont coconstruits : les indicateurs sont proposés par le titulaire du marché dans le mémoire technique, soumis pour validation à la Ville commanditaire.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation des actions sont à la fois quantitatifs et qualitatifs. On retrouve des indicateurs quantitatifs notamment pour ce qui relève du bilan des actions, ou l'évaluation de processus (nombre de personnes rencontrées, nombre d'actions proposées) et une approche plus qualitative pour apprécier les résultats des actions, dont les effets indirects sur les personnes accompagnées et les partenariats.

Enfin, l'approche est évolutive : objectifs comme indicateurs de suivi et de résultats sont amenés à être revisités en fonction du cheminement du projet, des besoins identifiés, et le cas échéant des réorientations des objectifs.

Extrait du cahier des charges

« Les projets présentés devront intégrer un dispositif d'évaluation permettant, notamment, de mesurer :

Le processus : déroulement de l'action ;

Les résultats présentés en fonction des objectifs initiaux ;

Les effets indirects déclenchés (nouveaux partenariats, mise en lumière de besoins d'interventions...).

L'évaluation se fera à travers des indicateurs quantitatifs et qualitatifs liés aux résultats de la médiation et à l'activité du dispositif. Les indicateurs sont proposés par le titulaire du marché dans le mémoire technique.

L'évaluation doit être envisagée comme un outil de pilotage du projet permettant de réorienter au fur et à mesure les objectifs opérationnels et les modalités de mise en œuvre, dès lors que le titulaire du marché ou la Ville de Nantes jugent qu'ils ne sont pas adaptés à l'atteinte de l'objectif général du marché. »

Si ces exemples de co-construction des méthodes de suivi et d'évaluation sont intéressantes, l'analyse des territoires étudiés n'a pas permis de mettre en évidence de démarche structurée et de grande ampleur d'évaluation d'impact portée ou soutenues par les ARS, s'appuyant sur des indicateurs et des méthodes spécifiquement dédiés à la médiation en santé. Dans la majorité des cas, les évaluations menées se limitent à un suivi d'activités ou à des bilans quantitatifs, sans véritable approche d'analyse des effets sur les publics, les parcours de santé ou la réduction des inégalités.

Les seules exceptions recensées concernent des démarches à caractère expérimental, souvent associées à des projets de recherche ou des évaluations externes.

2. Soutenir des expérimentations, faire recherche en médiation en santé

Enfin, le pilotage d'une politique publique inclut une **fonction de production et de circulation des connaissances avec les milieux académiques**, d'autant plus essentielle que la médiation en santé est encore une initiative prometteuse.

A Marseille, 13 en santé : projet de recherche interventionnelle

Le projet 13 en santé est un programme de médiation en santé déployé dans les quartiers défavorisés du centre-ville et du nord de Marseille, « qui vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'accès aux droits, à la prévention et aux soins ». Lancé en mai 2022 à l'initiative de et porté par l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'azur, il s'inscrit dans une stratégie régionale de réduction des inégalités de santé et de renforcement des actions de prévention auprès des populations les plus éloignées du système de soins chez lesquelles on observe de faibles taux de recours aux dépistages organisés des cancers et à la vaccination. Le projet d'évaluation piloté par Santé publique France et l'ARS s'appuie sur un partenariat structuré qui réunit au sein d'un Comité technique d'évaluation, Santé publique France, l'ARS Paca, le laboratoire Sesstim d'Aix-Marseille Université et les deux porteurs du projet (Corhesan, dispositif de médiation en santé porté par l'Hôpital Européen et l'association Prospective et Coopération, et l'association Prospective et Coopération et Santé Environnement pour Tous (Sept)). Cette dynamique partenariale, issue de coopérations initiées durant la crise sanitaire liée à la Covid-19, constitue un socle essentiel pour la mise en œuvre, le pilotage et l'évaluation du dispositif.

L'une des spécificités majeures de 13 en santé réside dans l'intégration, dès sa conception, d'un volet d'évaluation scientifique porté par Santé publique France, l'ARS, les associations et leurs équipes réunies au sein d'un comité technique. Cette évaluation répond à un enjeu central de santé publique : produire des données probantes permettant de dépasser les approches descriptives ou qualitatives et de démontrer l'efficacité de la médiation en santé à un niveau de preuve élevé. Les premiers résultats soumis à une revue scientifique contribuent à la reconnaissance institutionnelle de la médiation en santé, à sa pérennisation et à sa transférabilité vers d'autres territoires ou thématiques.⁶⁴

Les expérimentations article 51 présentent également des évaluations structurées et éclairantes sur l'impact de la médiation en santé :

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : L'expérimentation article 51 SECPA

L'ARS ARA, dont le rôle reste limité à l'échelle régionale du fait du caractère national de l'expérimentation, accompagne actuellement cinq SECPA sur son territoire, dont plusieurs structures motrices ayant participé à la rédaction du cahier des charges. L'ARS les a réunies à deux reprises, complétées par des temps en webinaire, et toutes se trouvent aujourd'hui dans une phase transitoire avant l'entrée dans le droit commun prévue pour 2026, tandis que l'équipe nationale poursuit ses travaux sur le modèle financier. La région compte déjà de nombreux centres de santé créés selon une approche participative, parfois sur le modèle SECPA, avec une forte mobilisation des acteurs et un plaidoyer affirmé en faveur de ce mode d'organisation qui intègre au sein de l'équipe pluridisciplinaire un médiateur.trice en santé.

En Pays de la Loire : L'évaluation d'une expérimentation article 51, PASCIA'MANS avec des effets significatifs sur des indicateurs de santé publique

L'expérimentation PASCIA'MANS (*Parcours Accompagné de Santé Coordiné Innovant Adapté*) a été mise en œuvre dans les quartiers Sud du Mans, un territoire marqué par une forte précarité sociale et une population allophone confrontée à des obstacles d'accès aux soins et aux droits. Porté par la Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Quartiers Sud (MSPQS), le projet vise à améliorer la coordination des parcours de santé, à renforcer l'autonomie des usagers et à soutenir l'installation de jeunes professionnels de santé.

⁶⁴ E.Legendre, S.Reboudet, F.Franke. Médiation en santé à Marseille : enjeux de l'évaluation vus par les différents acteurs. La Santé en action, n°470, p.5-8, Juillet 2025

L'évaluation, conduite en partenariat avec un cabinet spécialisé, s'appuie sur une méthodologie mixte combinant données quantitatives (profils des bénéficiaires, activités du dispositif, suivi des orientations) et approches qualitatives (entretiens, observations, focus groups). Elle interroge la faisabilité du modèle, son impact sur l'accès aux soins et l'autonomie, ainsi que sa reproductibilité sur d'autres territoires.⁶⁵

Cette démarche expérimentale illustre une tentative structurée d'évaluation d'impact en médiation en santé, encore rare à l'échelle régionale et permet de faire ressortir plusieurs éléments d'impacts. A titre d'exemple l'évaluation montre des résultats encourageants sur la prévention du cancer du sein : le taux de dépistage est de 76% parmi les patientes du dispositif bénéficiaires de la CSS, contre 42% pour les bénéficiaires de la CSS à l'échelle départementale, de même pour la prévention du cancer de l'utérus avec 60% de dépistage chez les bénéficiaires de la CSS suivies par Pascia'Mans contre 46% sur le département.⁶⁶

Faire le lien avec la recherche et clarifier les modalités des expérimentations et évaluations en cours, est une fonction d'autant plus essentielle au pilotage de la médiation en santé que la confusion entre véritable expérimentation – adossée à un protocole d'évaluation universitaire – et projet de médiation en santé entraîne une forme d'épuisement des structures. Le terme d'expérimentation étant parfois utilisé à tort pour qualifier des projets en lancement ou pour lesquels les financeurs ou porteurs politiques ne veulent pas s'investir durablement.



La question c'est : Quand est ce qu'on ne parle plus d'une expérimentation ? On réinvente à chaque fois donc à un moment soit on arrête, soit on finance sur le temps long. L'expérimentation est pertinente quand c'en est une vraie mais quand c'est pour réinventer et réexpérimenter ce qui a été fait il y a 20 ans, ça n'est pas utile, ça participe à épuiser les structures, c'est une précarisation. La démonstration a été faite. **Structure porteuse de projets de médiation en santé**

3. Partager les données probantes, faire circuler les connaissances

Dans le cadre du pilotage, une des fonctions centrales consiste à collecter, analyser et diffuser les connaissances issues du terrain et des données probantes. Cette circulation de l'information permet non seulement de soutenir la décision et d'orienter les ajustements stratégiques, mais aussi de prévenir les doublons et d'identifier rapidement les bonnes pratiques. Pour les structures locales, cela se traduit par un renforcement de leurs capacités opérationnelles, un meilleur repérage des besoins et des priorités du territoire, et une optimisation des ressources mobilisées.

⁶⁵ Résumé du protocole d'évaluation de l'expérimentation Article 51 Pascia'Mans
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_du_protocole_19pd106_pascia_mans.pdf

⁶⁶ Pasciamans, Données d'évaluation, 2023

En Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : Une veille territoriale par Labo Cités

Labos cités mobilise activement plusieurs outils et plateformes pour favoriser la circulation des connaissances parmi le réseau de médiateur.trices.

L'Agora constitue un espace numérique collaboratif de ressources pratiques et professionnelles, mis à disposition de leur réseau. Les différents membres du réseau partagent des formulaires, des outils utiles au quotidien, ainsi que des informations actualisées sur l'évolution de la réglementation ou sur les dispositifs de protection sociale. Labocités organise ensuite un classement et un archivage des informations partagées.

En parallèle, de manière plus verticale, Labocités impulse un panorama de presse et une veille territoriale active sur plateforme Scoop.it. Cette plateforme permet de partager des actualités, des événements et des articles de la presse locale. Certaines publications clés sont également relayées sur le forum afin de garantir une diffusion optimale. Ce dispositif s'appuie sur un travail collectif de Labocités : un poste dédié à l'information et à la communication, un centre de documentation interne animé par une personne chargée de la veille, ainsi qu'une implication partagée de l'ensemble de l'équipe dans la collecte et la valorisation d'informations locales pertinentes.

L'efficacité du partage d'information de LaboCités tient en la complémentarité de ces deux méthodes : une plateforme horizontale d'informations venant du terrain, une diffusion de revue de presse grâce aux ressources métiers dédiées.

| Recommandation 7 pour le pilotage de la médiation en santé au niveau territorial | Acteur pilote | Acteur soutien |
|--|---------------|--|
| Instaurer une culture commune d'évaluation de l'efficacité : définir et déployer des méthodes d'évaluation partagées entre financeurs et opérateurs, promouvoir le recours et l'identification d'interventions efficaces ou prometteuses <ul style="list-style-type: none">• Construire des méthodes de suivi-évaluation avec et pour les structures porteuses de projet en définissant :<ul style="list-style-type: none">○ des critères de réussite communs et partagés, déclinés en indicateurs d'impact spécifiques à la médiation en santé et cohérents avec les feuilles de route territoriales et régionales○ des méthodes de collectes de données réalistes pour les équipes de terrain• Valoriser les résultats de ces évaluations auprès de l'ensemble des partenaires y compris institutionnels• Capitaliser sur les évaluations existantes pour identifier et reproduire les interventions efficaces ou prometteuses, notamment dans le cadre de l'article 51 | ARS, | Santé Publique France, Observatoire s régionaux de santé, équipes de recherche |

III. SYNTHÈSE DES TERRITOIRES : ÉTUDES DE CAS

A. AUVERGNE RHONE ALPES

Quelle est l'avancée du déploiement de la médiation en santé ?

En Auvergne-Rhône-Alpes, le déploiement de la médiation semble relativement bien avancé selon les indicateurs de l'ARS. En effet, il s'agit de la seule région de nos études de cas à avoir développé une ambition de couverture territoriale des besoins par la médiation en santé. A ce jour, l'ARS estime que 41% de la population de l'Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par une action de médiation en santé. Les QPV sont particulièrement bien couverts (environ 2/3 des QPV de la région) en raison du développement historique sur ces territoires, alors que la couverture des zones rurales et de montagnes reste plus éparse.

Quelle vision de la médiation en santé ?

Les acteurs interrogés- institutionnels comme de terrain- partagent une vision de la médiation en santé cohérente avec le référentiel de la HAS. Le pilotage reste marqué par un héritage mixte entre une approche territoriale issue de l'héritage des politiques de la ville, et une approche populationnelle, issue de l'historique d'actions associatives auprès de populations marginalisées. L'ARS distingue par exemple les médiateurs avec une approche territoriale, des médiateurs avec une approche par public spécifique. L'animation du réseau des médiateur.ices est par exemple animé par Labo Cités, le Centre de Ressources en politique de la Ville, qui avait été missionné à l'origine pour animer le réseau des médiateur.trices en santé en quartiers prioritaires de la ville, avant de s'élargir progressivement aux autres médiateur.trices du territoire.

Quels sont les acteurs pilotes au niveau régional ?

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'ARS se positionne comme pilote sur la majorité des fonctions mentionnées dans l'analyse. Elle réalise un diagnostic des besoins via la mobilisation d'indicateurs de santé publique et les remontées qualitatives de ses partenaires, et de l'offre existante via une enquête régulière auprès des structures. Le PRAPS, outil de pilotage des politiques de lutte contre les inégalités de santé, constitue la feuille de route du déploiement de la médiation en santé à l'échelle régionale. Celui-ci démontre une bonne intégration avec les politiques régionales et comporte des objectifs opérationnels donnant à voir un engagement de l'ARS sur ces sujets, même si celui-ci gagnerait à être accompagné d'échéances plus précises pour les actions mentionnées. L'ARS a développé une stratégie de financement via le FIR grâce à un investissement politique fort : en 2025, l'ARS finance pour un montant de 4,5 millions d'euros 85 médiateur.trices en santé avec une approche territoriale et une dizaine d'actions de médiation auprès de publics spécifiques (gens du voyage, personnes à la rue,...). Si l'ARS se positionne clairement comme pilote au niveau régional, le rôle des autres instances comme la DREETS a été mentionné dans le cadre de coordinations avec l'ARS.

La région Auvergne-Rhône-Alpes est la seule région de nos études de cas à disposer d'un diplôme universitaire DU dédié à la médiation en santé, porté par l'université Lyon 1. Dans l'enquête réalisée par l'ARS la majorité des médiateurs déclarent avoir accès à de la formation continue. Le partage d'informations et la montée en compétences se fait également par l'animation de réseau de Labo Cités (centre de ressources en politiques de la ville) sur le financement de l'ARS : celui-ci anime une plateforme de partages d'actualités de bonnes pratiques entre les médiateurs, ainsi qu'une revue de presse et de documentation spécialisée. Un événement régional est également organisé une fois par an conjuguant mise en réseau, point d'actualité des institutions, et analyse de pratiques. L'ARS positionne également plusieurs actions en soutien : un guide des employeurs des médiateurs en santé, une campagne de communication auprès des soignants ...

Quels sont les acteurs pilotes au niveau local ?

De nombreuses collectivités se sont historiquement lancées dans la médiation en santé en Auvergne-Rhône-Alpes, et co-financent avec l'ARS des dispositifs dans le cadre de contrats Locaux de Santé.

C'est par exemple le cas de la communauté de communes Pays de Combrailles, sur laquelle Médecins du Monde est présent depuis 2013 – action depuis reprises et portées par les communes directement. Aucune collectivité en AURA n'a été rencontrée : le manque de mentions de celles-ci ne doit pas figurer comme un déficit d'actions portées par les collectivités sur la région.

Des DD ARS sont également très impliquées au niveau départemental dans le pilotage et l'animation territoriale.

B. GRAND EST

Quelle est l'avancée du déploiement de la médiation en santé ?

Aucun indicateur de couverture territoriale ne nous permet d'évaluer précisément l'avancée du déploiement à ce jour.

Quelle vision de la médiation en santé ?

En Grand Est, l'ARS poursuit un travail d'appropriation des recommandations de la HAS via la diffusion du guide de la médiation en santé qui contient notamment l'outil suivant d'autodiagnostic des structures. Cette diffusion participe à fédérer les structures autour d'une vision commune de la médiation en santé.

Quels sont les acteurs pilotes au niveau régional ?

En Grand Est, l'ARS porte une ambition forte en matière de médiation en santé, comme en témoigne son PRAPS, qui consacre un axe spécifique (Axe 4) à cette problématique. Les objectifs y sont clairement énoncés : renforcer la couverture territoriale, élaborer un référentiel régional conforme aux recommandations de la HAS, structurer un réseau de médiateurs et mettre en place un outil de suivi. Toutefois, le déploiement en est encore à ses débuts. Si la feuille de route est établie, sa concrétisation et son évaluation demandent encore à être approfondies pour atteindre l'objectif de généralisation d'ici 2028.

Quels sont les acteurs pilotes au niveau local ?

Dans le Grand Est, certaines collectivités locales s'engagent progressivement dans la médiation en santé, souvent en partenariat avec des acteurs associatifs. C'est notamment le cas de la ville de Strasbourg qui se positionne comme un acteur local engagé dans la médiation en santé. En partenariat avec Médecins du Monde, elle a mené en 2023 un état des lieux complet des actions existantes, identifiant à la fois les forces et les besoins du territoire. Ce travail a permis de formuler des recommandations concrètes pour renforcer l'offre : création de postes mobiles, développement de formations diplômantes et alignement sur le référentiel HAS. Un forum de la médiation en santé a été réalisé par les membres du réseau de médiation en santé. Si des freins persistent à une plus grande échelle, cette démarche proactive témoigne d'une volonté locale forte de structurer et d'améliorer l'accès à la médiation en santé.

C. PAYS DE LA LOIRE

Quelle est l'avancée du déploiement de la médiation en santé ?

Au niveau régional, plus de 35 postes de médiation en santé ont été recensés en majorité financé par l'ARS soit pour un accompagnement de public spécifique (publics en bidonville, gens du voyage, femmes en situation de précarité et d'addictions, professionnels, travailleuses du sexe...), soit sur un territoire au sein de structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé). Deux expérimentations intéressantes en région intégrant la médiation en santé ont été lancées dans le cadre de l'article 51 : une SECPA les hauts de saint aubin à Angers et Pacia'mans, un parcours coordonné en soins pour personnes vulnérables. L'ARS a également soutenu une démarche régionale « structures d'exercices coordonnée avec démarche participative » intégrant la question de la médiation.

Quelle vision de la médiation en santé ?

Si les acteurs interrogés mentionnent de manière systématique le référentiel de la HAS, plusieurs témoignent un besoin d'harmonisation des pratiques à l'échelle régionale. Cette hétérogénéité des visions et exercices de la médiation en santé est l'une des motivations de la préfiguration d'une plateforme régionale de la médiation en santé. L'ensemble des acteurs et institutions confirment l'intérêt de la médiation en santé et son ancrage au-delà du stade expérimental.

Quels sont les acteurs pilotes au niveau régional ?

En Pays de la Loire, la médiation en santé a été expérimentée depuis de nombreuses années et l'ARS l'a bien inscrite dans son programme régional d'accès aux soins et à la prévention (PRAPS) en tant que dispositif facilitant l'accès au droit commun (soit pour des publics cibles soit au niveau territorial, porté par une structure d'exercice

coordonnée). Cependant, un programme de déploiement « massif » de la médiation en santé n'a pas été lancé faute de financements pérennes (afin de ne pas fragiliser les structures et associations porteuses).

Toutefois, elle finance ou cofinance les postes de médiation en santé en région avec un pilotage départemental et a soutenu depuis 2023, les structures d'exercice coordonnée avec démarche participative dans la perspective d'un financement dans le droit commun intégrant notamment la médiation en santé, l'interprétariat et les prises en charge psychologiques. L'adaptation du droit commun étant pour l'ARS complémentaire à des dispositifs dédiés précarité.

Au niveau régional toujours, une dynamique portée par les acteurs associatifs a permis la préfiguration d'une plateforme régionale de la médiation en santé. L'ambition du PRMS est à la fois la professionnalisation et l'accompagnement des médiateur.trices en santé, et la programmation d'un déploiement régional coordonné de la médiation en santé avec un croisement et une complémentarité des approches : populationnelle, territoriale (à l'échelle d'un quartier) et portée par une structure de santé coordonnée (MSP). Ces travaux sont suivis par l'ARS qui n'y prend toutefois pas part.

Cette dynamique très intéressante reste, dans les faits plus au stade d'intentions que d'actions concrètes. C'est une dynamique qui a une histoire de plus de 10 ans, portée par Médecins du monde, l'URML union régionale des médecins libéraux et Les Forges Médiation, association locale historiquement sur la médiation sociale qui est aujourd'hui un acteur pilier de la médiation en santé sur la région et Nantes en particulier. A noter que Les Forges Médiation ont obtenu en 2023 au titre du groupe "médecine de proximité", sous-groupe "plateforme régionale de médiation en santé" une enveloppe au titre du Programme des Solidarités qui a permis de soutenir une des ambitions du PRMS au travers de l'organisation et l'animation de rencontres de médiateurs en santé. Cette enveloppe, limitée à un an, n'a pas été renouvelée, et la dynamique peine aujourd'hui à s'implanter dans la durée.

Aucun pilotage institutionnel n'est assuré au niveau régional ce qui amène à des risques de chevauchement ou de pertes d'opportunité sur le terrain. (voir II.D) Coordination).

Quels sont les acteurs pilotes au niveau local ?

Au niveau local, deux exemples de déploiement sur Nantes et Angers illustrent la diversité des modalités de déploiement.

- **A Angers**, le déploiement de la médiation en santé a été impulsé dans les QPV suite à la crise sanitaire par l'Etat, via les dispositifs adultes relais. Un délégué du préfet en assure un rôle de facilitateur institutionnel informel.
- **A Nantes**, la médiation en santé bénéficie d'un fort portage politique de la ville de Nantes, notamment depuis les émeutes de l'été 2018 ayant entraîné le décès d'un jeune homme lors d'un contrôle de police. L'Etat et la Ville ont alors mis en place un grand plan d'action plutôt orienté dans le cadre de la politique de la ville sur le volet social et culturel, mais avec une action spécifique sur la médiation en santé. En 2020, le mandat de la maire inscrit la santé comme une de ses priorités, et en particulier l'ambition du déploiement de médiation en santé dans tous les quartiers de la ville. Ce déploiement, structuré et progressif, est porté par la direction santé publique de la ville de Nantes, avec du temps dédié pour un chargé de projets, pour coordonner et faciliter les relations avec les différents services de la Ville concernés par l'action (Directions de quartiers, etc...). Les Forges médiation sont opérateurs et bénéficient d'un contrat de 4 ans pour mener les actions. Aujourd'hui onze postes, financés exclusivement par la collectivité via un marché de 2 millions d'euros, permettent de couvrir tous les quartiers de la ville.

BIBLIOGRAPHIE

F. Chambe, D. Viccini, La réponse de l'ARS pour améliorer l'accès aux droits et aux soins, *Les cahiers du développement social urbain*, n° 76, 2022/2.

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2022-2-page-28?lang=fr>

Conseil constitutionnel, O. Renaudie, Santé et territoires, 2023

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/publications/titre-vii/sante-et-territoires>

Conseil National des villes, Avis : Penser le bien-être en santé dans les QPV : l'Habitant comme acteur clé, 2024

<https://anct-site-prod.s3.fr-par.scw.cloud/ressources/2025-02/cnv-2024-avis-penser-le-bien-etre-en-sante-l-habitant-comme-acteur-cle-vf.pdf>

Cour des Comptes, L'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) – un outil à consolider – Exécution 2020-2022, 2024

<https://www.vie-publique.fr/rapport/293113-l-agence-nationale-de-la-cohesion-des-territoires-anct>

CRPV de Guyane, ADER Guyane, GPS, Déploiement de la médiation en santé : quels enjeux et leviers pour les territoires ? Rencontres Santé Publique France, 2024

https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2024/06/4-SOULLARD_MERLET.pdf

Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance, Indice français de désavantage social (FDPEP), 2024

https://www.ined.fr/fichier/rte/242/ELFE_PLATEFORME-ACCES-AUX-DONNEES/BASES_CONTEXTUELLES/20240215_Indice-defaveur_sociale_v3.pdf

FAS Bretagne, ARS Bretagne, Enquête et préconisations pour le déploiement de la médiation en santé en Bretagne

<https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2025/04/enquete-mediation-en-sante-Bretagne-VF.pdf>

FNASAT, Sidaction, Médiation en santé : sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité, 2024

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

France Travail, Médiateur / Médiatrice en santé, 2025

<https://candidat.francetravail.fr/metierscope/fiche-metier/K1220/mediateur-mediatrice-en-sante>

HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, recommandation en santé publique, 2017

https://has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

IGAS, A. Berkesse, P. Denormandie, E. Henry, N. Tourniaire, La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider, 2023

https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

IREPS Auvergne Rhône, Intégrer un dispositif de médiation en santé au sein d'une structure sociale, 2023

https://www.promotion-sante-ara.org/app/uploads/2024/09/synthese_mediation_2023_web-3.pdf

Mairie de Paris, L'Atelier Santé Ville du 10ème, 2025

<https://mairie10.paris.fr/pages/l-atelier-sante-ville-10e-14489>

Médecins du Monde, État de santé & accès aux soins des agriculteurs des Combrailles, 2022

<https://www.medecinsdumonde.org/statement/etat-de-sante-acces-aux-soins-des-agriculteurs-des-combrailles/>

Médecins du Monde, Expérience(s) de médiation en santé en Grand Est, Présentation aux journées régionales SPILF, 2024

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-gvp-en-region/strasbourg-2024/experiences-de-mediation-en-sante-grand-est-h-contreras-salmen.pdf>

Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Le fonds d'intervention régional (FIR), 2025

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

Ministère de la santé et de la prévention, Rapport au parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

Pasciamans, Données d'évaluation, 2023

Pasciamans, Résumé du protocole d'évaluation de l'expérimentation Article 51

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_du_protocole_19pdl06_pascia_mans.pdf

Portail national des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, Les champs de compétences et de missions des DREETS, de la DRIEETS et des DEETS, 2021

<https://dreets.gouv.fr/Les-champs-de-competences-et-de-missions-des-DREETS-de-la-DRIEETS-et-des-DEETS>

Promotion santé Ile de France, Participation des habitants et politique de la ville en matière de santé, 2024

<https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/trouver-ressources/ressources-documentaires/participation-habitants-politique-ville>

D. Ouakli, Le travail de médiatrice en santé paire au sein du programme « Un chez soi d'abord » Les cahiers de Rhizome, 2019

https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhi71_13-ouaklil.pdf

Réseau National des centres de ressources politique de la ville Les centres de ressources politique de la ville « ont pour visée principale d'accompagner la qualification des acteurs du développement social et urbain, à commencer par les professionnels de la politique de la ville. »

<https://www.reseau-crpv.fr/les-crpv/>

Richard, E. Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé. Santé. Université de Bordeaux, 2023

<https://theses.hal.science/tel-04402711>

Santé Publique France, Médiation en santé à Marseille : enjeux de l'évaluation vus par les différents acteurs, 2025

<https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/article/mediation-en-sante-a-marseille-enjeux-de-l-evaluation-vus-par-les-differents-acteurs>

Santé publique France. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle- Aquitaine, 2020. Apport de la médiation en santé à l'investigation de clusters complexes de COVID-19.

<https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/article/accompagnement-des-gens-du-voyage-face-a-la-pandemie-de-covid-19-l-apport-de-la-mediation-en-sante>

Santé Publique France, Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement, 2020

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-chez-soi-d-abord-accompagner-les-personnes-sans-abri-vers-et-dans-leur-logement>

Santé Publique France, Un programme national de médiation en santé auprès et avec les gens du Voyage et les habitants de bidonvilles et squats, 2022

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/un-programme-national-de-mediation-en-sante-aupres-et-avec-les-gens-du-voyage-et-les-habitants-de-bidonvilles-et-squats>

Université Claude Bernard Lyon 1, DU Médiation en santé
<https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1811/mediation-en-sante.html>

Université de Bordeaux, Licence professionnelle Intervention sociale : accompagnement de publics spécifiques, médiateur de santé-pair, 2025
<https://college-sciences-homme.u-bordeaux.fr/espace-candidats/actifs-et-personnes-en-reprise-detudes/nos-formations/Licence-professionnelle-mediateur-sant%C3%A9-pair>

Université de Guyane, DU Médiation en Santé
<https://www.univ-guyane.fr/choisir-sa-formation/ufr-sante/du-mediation-en-sante/>

Université Paris Cité, DU Médiations en santé – Approche transculturelle – processus de médiations
https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STs/du-mediations-en-sante-approche-transculturelle-processus-de-mediations-XUM4_121.html

Université Sorbonne Paris Nord, DU Médiation en santé
https://odf.univ-spn.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/du-mediation-en-sante-BDUMS_116.html

Université Sorbonne Paris Nord, Licence Sciences Sanitaires et Sociales (SSS) Parcours : Médiateurs de Santé-Pairs
<http://formations.leps.univ-paris13.fr/formation/2/licence-sciences-sanitaires-et-sociales-sss-parcours-mediateurs-de-sante-pairs>

Vaulx en Velin Journal, Juillet 2025
<https://vaulx-en-velin.net/wp-content/uploads/2025/07/vaulx-en-velin-journal-vmag-9-juillet-2025-325.pdf?page=8>

Vie publique, Quel est le rôle des agences régionales de santé (ARS)? 2024
<https://www.vie-publique.fr/fiches/37936-quel-est-le-role-des-agences-regionales-de-sante-ars>

Vie publique, Quels sont les services déconcentrés ? 2025
<https://www.vie-publique.fr/fiches/20230-que-sont-les-services-deconcentres>

GLOSSAIRE

| | |
|------------|---|
| ADER | Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche |
| AMI | Appel à Manifestation d'Intérêt |
| ANCT | Agence Nationale de la Cohésion des Territoires |
| Ansa | Agence Nouvelle des Solidarités Actives |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ASV | Atelier Santé Ville |
| AURA | Auvergne-Rhône-Alpes |
| CAF | Caisse d'allocations familiales |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des familles |
| CCAS/ CIAS | Centre communal ou intercommunal d'action social |
| CDD | Contrat à Durée Déterminée |
| CGET | Commissariat général à l'égalité des territoires |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIFRE | Convention industrielle de formation par la recherche |
| CLS | Contrat Local de Santé |
| CLSM | Conseil local de santé mental |
| CNAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie |
| CNAV | Caisse nationale d'assurance vieillesse |
| CODEPS | Comité départemental d'éducation et de promotion de la santé |
| COPIL | Comité de Pilotage |
| COREVIH | Coordination régionale de lutte contre le VIH |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CPMS | Collectif pour la promotion de la médiation en santé |
| CPTS | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé |
| C-PRO-MS | Etude sur le cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé |
| CRPV | Centre de Ressources en Politique de la Ville |
| CRSA | Conférence régionale de la santé et de l'autonomie |
| CSP | Code de la santé Publique |
| CSS | Complémentaire santé solidaire |
| DAC | Dispositif d'Appui à la Coordination |
| DDETS | Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités |
| DDETSPP | Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des solidarités et de la protection des populations |
| DGCS | Direction Générale de la Cohésion Sociale |
| DGOS | Direction Générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DIHAL | Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement |
| DIPLP | Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté |
| DREETS | Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités |
| DSS | Direction de la sécurité sociale |
| DU | Diplôme Universitaire |
| EHESP | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique |

| | |
|-----------------------|---|
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EPCI | Etablissement Public de coopération intercommunale |
| ETP | Equivalent Temps Plein |
| FAS | Fédération des Acteurs de la Sollicités |
| FDEP | French Deprivation Index |
| FIR | Fonds d'Intervention Régional |
| FNASAT Gens du Voyage | Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les gens du voyage |
| GE | Grand Est |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HSH | Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| INCa | Institut National du Cancer |
| INPES | Institut National de prévention et d'éducation pour la santé |
| IREPS | Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé |
| LMSS | Loi de Modernisation du système de Santé |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |
| MLAC | Médiateur de Lutte Anti-Covid-19 |
| MSP | Maison de Santé Pluridisciplinaire |
| MSA | Mutualité sociale Agricole |
| MSPQS | Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Quartiers Suds |
| ONDAM | Objectif national de dépenses d'assurance maladie |
| OPCO | Opérateurs de compétences |
| PACA | Provence Alpes Cote d'Azur |
| PASCIA'MANS | Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté au Mans |
| PASS | Permanences d'Accès aux soins de santé |
| PASTT | Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres |
| PDL | Pays de la Loire |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| PPVIH | Personnes vivant avec le VIH |
| PRAPS | Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins |
| PRMS | Plateforme Régionale de la Médiation en Santé |
| PRS | Projet Régional de Santé |
| QPV | Quartiers Prioritaires de la ville |
| RESCORDA | Réseau de Santé et de Coordination d'Appui |
| RNCP | Répertoire national des certifications professionnelles |
| ROME | Répertoire officiel des métiers et emplois |
| SECPA | Structure d'exercice coordonné participative |
| TAP | Tester Alerter Protéger |
| URML | Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire |
| URPS | Union Régionale des Professionnels de Santé |
| VAE | Validation des Acquis de l'Expérience |
| VAPP | Validation des Acquis professionnels et personnels |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Agence nouvelle des solidarités actives
www.solidarites-actives.com
Association loi 1901
✉ contact@solidarites-actives.com