La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins

Nadine Haschar-Noé, Florent Bérault

Dans Santé Publique 2019/1 (Vol. 31), pages 31 à 42
Éditions S.F.S.P.

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.191.0031

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-1-page-31.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Recherche originale

La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins

Health mediation: a social innovation? Obstacles, formations and needs

Nadine Haschar-Noé[1], Florent Bérault[2]

Résumé

Notre étude se focalise sur la médiation en santé comme réponse au défi que pose la réduction des inégalités sociales de santé, objectif phare de la loi de modernisation du système de santé de 2016. Faire de la médiation en santé nécessite que se rencontrent et collaborent deux « mondes sociaux », celui des professions de santé et celui de l'action sociale, parfois éloignés l'un de l'autre. En faisant l'hypothèse que la formation constituerait un levier facilitant leur collaboration, l'objectif de la recherche vise à caractériser l'offre actuelle des formations dans le domaine de la médiation sociale et en santé, à dégager les besoins non satisfaits et à formuler des propositions relevant de l'innovation sociale permettant d'y répondre. Nos méthodes d'investigation reposent sur un triple recueil de données quantitatives et qualitatives : une revue de la littérature de première main, la réalisation d'un état des lieux des formations sur le territoire national, des *focus groups* et entretiens avec des médiateurs et des institutions œuvrant dans ce domaine. Nos résultats montrent qu'un certain nombre d'obstacles tendent à maintenir des cloisonnements entre les « mondes » de la santé et du social parmi lesquels une forte asymétrie de l'offre de formation au profit du secteur social, une répartition territoriale inégalitaire et une hétérogénéité de ses contenus. Les besoins exprimés permettent d'avancer un certain nombre de principes consensuels et relevant de l'innovation sociale pour consolider la coopération entre professionnels du social et de la santé.

Mots-clés : Médiation ; Santé ; Social ; Formation ; Innovation.

Abstract

Our study focuses on health mediation as an answer to the challenges of reducing social inequalities in health, a key goal of the 2016 Health System Modernization Act. Mediation in health requires that two "Social worlds", the health professions and social action, sometimes distant from one another, meet each other and collaborate. Assuming that training would be a lever to facilitate their collaboration, the aim of the research is to characterize the current offer of training in the sphere of social and health mediation, to identify unmet needs and social innovation proposals that can respond to them. Our methods of investigation are based on a three-fold collection of quantitative and qualitative data: a first-hand literature review, an inventory of trainings in the national territory, focus groups and interviews with mediators and institutions working in this domain. Our results show that a certain number of obstacles tend to keep partitions between the health and social "worlds" including a strong asymmetry of the supply of training to the benefit of the social sector, an unequal territorial distribution and a heterogeneity of their contents. The expressed needs make it possible to advance a certain number of consensual principles related to social innovation to consolidate cooperation between social and health professionals.

Keywords: *Mediation; Health; Social; Training; Innovation.*

[1] EA 7419 – Laboratoire Cresco – Université Toulouse III Paul-Sabatier – Toulouse – France.
[2] Plateforme Aapriss – Institut Iferiss – Faculté de médecine – Toulouse – France.

Correspondance : N. Haschar-Noé
hascharnoe@orange.fr

Réception : 18/09/2017 – *Acceptation :* 04/11/2018

Introduction

Prenant appui sur des recherches centrées sur les politiques et interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) [1], notre étude se focalise sur la médiation en santé comme réponse innovante au défi que pose leur réduction en termes de santé publique [2]. Deux types de travaux sont mobilisés : ceux portant sur les conceptions de l'innovation sociale qui l'élargissent à des dimensions non technologiques en la définissant comme une réponse créative à des besoins sociaux non satisfaits [3] ; ceux relatifs à la médiation, saisie comme un ensemble de pratiques institutionnelles, politiques et sociales dont les champs d'application ne cessent de s'étendre : médiations politiques, environnementales, judiciaires, familiales, citoyennes, interculturelles, sociales, scolaires, sanitaires, etc. Le caractère multidimensionnel et transdisciplinaire de la médiation la rendant parfois invisible et complexe à cerner [4], cette activité vise, de façon générale, à construire un ordre négocié entre acteurs sociaux par le dialogue au sein de conciliations et de médiations qui se trament dans l'interaction humaine et dans de nouveaux modes de gouvernement des sociétés complexes et de l'action collective [5]. S'agissant d'agir pour réduire les ISS, faire de la médiation en santé nécessite que se rencontrent deux « mondes sociaux[1] » [6], celui de la santé et celui de l'action sociale, qui se sont en partie éloignés l'un de l'autre suite à la création des agences régionales de santé (ARS) [7]. Comment favoriser la collaboration entre professionnels de santé et du social, dont l'action coordonnée et collaborative semble *a minima* requise dans cette double activité de médiation sociale et en santé et d'accompagnement à l'autonomie en santé des publics vulnérables [8] ?

En faisant l'hypothèse que la formation des professionnels de la santé et du social constituerait un levier facilitant leur collaboration dans l'activité de médiation en santé, la recherche vise à caractériser l'espace actuel des formations dans ce domaine, à dégager les besoins non satisfaits et des propositions permettant d'y répondre. Nous montrerons que le développement de la médiation en santé se heurte à un certain nombre d'obstacles qui maintiennent les cloisonnements entre mondes de la santé et du social et sont autant de freins à des formes d'innovation sociale censées participer, selon une approche de santé globale [9], à la modernisation des politiques publiques de santé et à l'objectif de réduction des ISS avancés par la loi de modernisation de notre système de santé (MSS) de 2016 [10] et le décret de 2017 [11].

Méthodologie : un triple recueil de données

Notre recherche repose sur un triple recueil de données réalisé par la plateforme « Apprendre et agir pour réduire les ISS » (Aapriss)[2] en partenariat avec l'ARS Occitanie.

Le premier recueil a consisté en une revue de la littérature et des rapports publics sur les médiations sociales et en santé, afin de cerner leurs évolutions, modes de développement, de professionnalisation et d'évaluation, chartes déontologiques, référentiels d'activités et de compétences existants.

Un deuxième recueil de données s'est appuyé sur la réalisation d'un état des lieux de l'offre de formation *via* une recherche internet afin de caractériser l'espace des formations en 2016. La constitution d'une base de données nationale s'est déroulée en quatre étapes : 1) une recherche des diplômes et formations en utilisant les mots-clés « formation + médiation + médiateur + social + santé » proposés par différents ministères et organismes de formation professionnelle et continue publics et privés ; 2) une consultation des maquettes sur les sites des établissements de formation et de leurs fiches inscrites au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)[3] afin de ne conserver que les formations centrées à la fois sur la médiation sociale *et* en santé ; 3) à partir des enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [12, 13], nous avons consulté l'offre des établissements de formation aux professions sociales (14) et de santé (12) et vérifié les contenus proposés dans chacune ; 4) enfin, une ultime vérification des diplômes et

[1] Un « monde social » est un ensemble de personnes qui font quelque chose ensemble. L'action de chacun n'est pas déterminée par quelque chose comme la « structure globale » du monde en question, mais par les motivations particulières des uns et des autres, lesquels peuvent toujours « faire autrement », inaugurer des réponses nouvelles à de nouvelles situations. Dans ces conditions, ce qu'ils font ensemble résulte d'arrangements qui ne sont jamais entièrement prévisibles.

[2] Basée à Toulouse, la plateforme Aapriss est une organisation interdisciplinaire d'appui et de recherche interventionnelle spécialisée sur les inégalités sociales de santé, leurs déterminants sociaux, les systèmes de santé, les interventions et l'évaluation des programmes et politiques publiques de santé.

[3] http://www.cncp.gouv.fr/repertoire

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Tableau I : Variables et catégories du recensement des formations et diplômes en médiation sociale et en santé [2]

Variables	Catégories/par variable
Niveaux de formation	Niveaux V, IV, III, II, I ou niveau non renseigné (NR)
Types de formation	Initiale, continue, professionnelle, en alternance, par apprentissage, en contrat de professionnalisation
Organisme de certification	Ministères, universités, Cnam, CNFPT, autres
Porteur de la formation	Lycées, universités, autres organismes de formation (professionnelle, continue, adulte…) privés ou publics
Lieu	Ville ou France (*si la formation est nationale*)
Région	Nom de la région ou toutes (*si la formation est nationale*)
Diplôme, titre ou appellation	Titre professionnel, CAP, BEP, Bac professionnel, DUT, BTS, Deust, DU, licence, licence professionnelle, master, certificat de compétence, titre professionnel, itinéraire, stage, autres…
Intitulé de la formation	Domaine, spécialité, mention ou option
Accès par niveau de diplôme ou profession exercée	CAP, BEP, Bac, Bac + 2 ou agents territoriaux, cadres, médiateurs, travailleur social, professionnel de santé…
Accès autres	Expérience professionnelle, dispositif de validation des acquis, autres diplômes en équivalence, dossier, épreuves d'admission…
Volumes de formation, partenaires et divers	Volume horaire en % des enseignements, stages, durée formation, partenariats, particularités…

BEP : Brevet d'études professionnelles ; BTS : Brevet de technicien supérieur ; CAP : Certificat d'aptitude professionnelle ; Cnam : Conservatoire national des arts et métiers ; CNPFT : Centre national de la fonction publique territoriale ; Deust : Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques ; DU : Diplôme universitaire ; DUT : Diplôme universitaire de technologie.

formations a été réalisée en consultant deux domaines du RNCP dans leur intégralité : celui du « travail social » et celui des « praticiens médicaux » et « médico-techniques ». Suite à ces quatre étapes permettant de croiser et de vérifier les informations recueillies, notre base de données s'est organisée autour de 11 variables regroupées pour chacune en catégories (tableau I) qui ont fait l'objet de tris à plat et de tri croisés.

Enfin, un troisième recueil de données s'est fondé sur l'animation de trois *focus groups* avec des médiateurs en santé et des institutions nationales et régionales les employant et/ou les formant. Il a été complété par huit entretiens auprès de responsables institutionnels régionaux (observatoire régional de santé, ARS, organismes de formation, porteurs de projet) portant sur les besoins de formation et les propositions susceptibles d'améliorer la professionnalisation des personnes, du métier et des structures de médiation. Avec l'accord des participants, les débats des *focus groups* et les entretiens ont été enregistrés, intégralement retranscrits et anonymisés. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique [14].

Résultats

La médiation en santé à la frontière de deux mondes

Un instrument de modernisation des politiques publiques de santé

La prise en compte relativement discrète des ISS dans les lois de santé publique constitue un premier obstacle politique au développement de la médiation en santé. En effet, en France, la question des ISS n'a été mise que tardivement à l'agenda politique malgré de nombreux travaux scientifiques ayant démontré leur persistance [15]. En 2016, leur réduction est devenue un objectif phare de la loi MSS mais ne concerne que six des 227 articles qu'elle comporte. En réaffirmant dans son article 1 que le « système de santé est performant mais inéquitable[4] », elle rappelle la

[4] http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante (consulté le 7 novembre 2016).

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

responsabilité de l'État dans la réduction des ISS, insiste sur leur persistance et aggravation et en fait une priorité de santé publique.

Le monde de la santé confronté aux problématiques des ISS semble (re)découvrir la notion de « médiation en santé » mais selon une polarisation entre médiation des différends, centrée sur la résolution des litiges médicaux et médiation des différences [16] visant à réduire les inégalités d'accès au système de santé. C'est sur ce second pôle que nous situons la médiation en santé comme le proposent plusieurs rapports, dont le plus récent commandité par le ministère : « La médiation en santé n'a donc rien à voir avec la médiation sanitaire telle qu'elle est conçue au sein d'un établissement de santé pour approcher un litige » [8]. Elle constitue une des voies pour mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé autour « d'actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé » [8].

Dans la loi de 2016, la médiation associée à l'interprétariat linguistique fait l'objet de deux nouveaux articles (90 et 92) et la Haute Autorité de santé (HAS) s'est vu confier le soin d'établir un référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques [17]. Le décret du 5 mai 2017 englobe les notions de médiation « sanitaire » et « en santé » en la définissant ainsi : « 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 » [11]. L'article 92 entend renforcer la cohérence des parcours de santé et encourager l'expérimentation de dispositifs d'accompagnement pour : « une nouvelle vision du système de santé appelée à soutenir l'autonomie des personnes et leur capacité à conduire leurs choix de vie librement, malgré leurs vulnérabilités de santé » [8]. Cet article a donné lieu à la publication d'un arrêté d'application au *Journal officiel* du 24 mars 2016 et d'un cahier des charges pour la mise en œuvre de projets-pilotes. Ainsi, à partir de ces avancées, la médiation constitue bien, pour le ministère, un instrument de modernisation de sa politique de santé afin de la rendre plus performante et efficace dans sa lutte contre les ISS.

Un difficile travail intersectoriel entre professionnels du social et de santé

Le développement des pratiques de médiation semble concomitant de l'apparition dans le vocabulaire politique du terme de gouvernance [4] et de l'évolution des politiques de santé d'une focalisation individualiste [5] à un modèle d'*empowerment* des populations, plus sensible aux déterminants sociaux de santé. Cependant, un certain nombre de tensions entre les mondes sociaux [6] du travail social et de la santé perdurent, dues en partie à leurs cloisonnements institutionnels et professionnels. En effet, la création des ARS suite à la loi de 2009 [18] constitue le point d'aboutissement des transformations successives de l'administration sanitaire et sociale amorcées dès les années 1980 et consacre la sortie du social du giron de l'État pour rejoindre les compétences des conseils départementaux et directions régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS). Le « geste inaugural » de la création des ARS est d'abord celui de la coupure du social et du sanitaire selon une dynamique d'affirmation et de renforcement de l'État sanitaire [7].

Ces deux mondes ne portent pas la même attention aux ISS, et plus particulièrement celui de la santé dans un contexte français peu propice à leur prise en compte. De multiples facteurs peuvent expliquer ce constat : l'objet santé lui-même qui a trait au corps physique et à ses maladies, confiés aux professions médicales et sciences du vivant, constitue un obstacle à penser le rapport à la santé comme une construction sociale [1] ; la croyance des acteurs des politiques de santé publique dans l'excellence du système français ; des préoccupations publiques centrées sur le financement du système de soins ; un modèle biomédical dominant fondé sur la relation individuelle patient-médecin et une orientation essentiellement curative ; l'absence d'un dispositif statistique de surveillance des ISS ; un prisme individualisant dans la perception des facteurs de risque [15]. En France, le monde de la santé, et plus particulièrement le milieu médical et hospitalier, est celui qui s'est ouvert le plus récemment à la médiation, développement consubstantiel de l'avènement « timide » d'une démocratie sanitaire depuis la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [4].

Poursuivant un objectif de réduction des ISS, la médiation en santé ne relève pas seulement d'une activité d'information ou de communication mais renvoie à des enjeux plus larges d'accès aux droits, aux soins et à la prévention des populations les plus éloignées du système de santé et à deux principes déontologiques et professionnels fondateurs de la médiation : l'« aller vers » et le « faire avec »

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

selon une logique d'*empowerment* [19, 20]. Ainsi, la médiation à la fois sociale et en santé, se construit comme un mode nouveau de régulation sociale apparu en France dans les années 1980 avec la politique de la ville et la mise en œuvre de dispositifs spécifiques en direction des publics vulnérables, par exemple les ateliers santé ville (ASV), les projets régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps), les contrats locaux de santé (CLS) [21], les expérimentations de médiateurs-pairs [22]. Mais, en continuant de privilégier des approches biomédicales de la santé, les politiques sanitaires et la formation des professionnels de santé ont favorisé une perception et une approche désocialisées et dépolitisées de la santé et occulté en partie un questionnement sur les déterminants sociaux des inégalités, leurs modes de production et les façons de les réduire *via* des recherches interdisciplinaires et interventionnelles qui ont montré la nécessité, pour les publics les plus éloignés du système de santé, que travaillent ensemble chercheurs, professionnels du social et de la santé [1, 23].

Une professionnalisation inachevée malgré une plus-value sociale et économique reconnue

Depuis les années 1980, la médiation sociale – et plus tardivement la médiation en santé – est devenue un métier qui réunit quatre grandes caractéristiques : un corpus de savoirs, de savoir-faire et de règles éthiques formalisé dans une charte de déontologie, une identité professionnelle, une expérience accumulée et l'existence de formations [24]. Qualifié par Bertrand Schwartz de métier « fragile et précieux… qui s'est fait en marchant » [20], il connaît une situation paradoxale entre, d'une part, la reconnaissance de son utilité sociale et économique et de son efficacité à réduire les ISS attestées par des rapports d'évaluation [25-27] et, d'autre part, une professionnalisation « inachevée » et « dormante » qui en fait un « parent pauvre » du champ de la médiation [28]. Les raisons de cette situation tiennent à la fois aux profils des médiateurs, aux objectifs et mandats officiels qui leur sont confiés, à l'hétérogénéité de leurs conditions d'exercice du métier, à la faible institutionnalisation des dispositifs publics, à la concurrence d'autres travailleurs sociaux, à des modes de financement précaires voire à une faible demande des employeurs et donc du nombre d'emplois offerts. En ce sens, la formation des médiateurs est une question centrale tant pour acquérir ou renforcer leurs compétences et savoir-être que pour une professionnalisation garantissant et reconnaissant leur expertise pour intervenir auprès de publics vulnérables.

Une évaluation des actions de proximité de « médiateurs de santé publique » englobant les médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé et les médiateurs de santé, a été réalisée par la direction générale de la Santé (DGS) en 2006 [26]. Sont pointés deux types de bénéfices portés par ces médiateurs : un apport direct à des personnes pour un accès effectif aux soins et faciliter la réponse des professionnels et des institutions ; un apport indirect au système de santé en remontant une information « rare » sur les attentes, représentations et comportements de publics spécifiques vers les professionnels, les concepteurs de politiques de santé ou de messages de prévention. Ainsi, cette évaluation souligne « la valeur ajoutée du médiateur de santé par rapport à d'autres dispositifs possibles [qui] tient au fait qu'il associe d'une part la connaissance intime de publics… et d'autre part, des connaissances et une implication en matière de santé » [26].

Professions sociales et de santé : une forte asymétrie de l'offre de formation

Notre enquête sur les formations intégrant à la fois des contenus de médiation sociale et en santé permet de recenser en 2016 et sur le territoire national, 106 formations différentes.

Niveaux et types de formation

Les niveaux et types de formation proposés sont très variables, offrant chacun un nombre de diplômes et titres plus ou moins important (tableau II). Les formations de niveau II sont les plus représentées avec 36 % dans lesquelles dominent les licences professionnelles. 20 % des formations ne précisent pas le niveau visé et correspondent pour leur quasi-totalité, à des formations continues proposées à des professionnels en exercice par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), le Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), les centres de formation pour adultes (CFA) et quelques formations réalisées par des organismes privés. Les formations de niveau III et I représentent respectivement 17 et 21 % du total avec une domination des diplômes d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST) et des masters. Le niveau IV apparaît peu développé (7 %) mais très diversifié tant sur le plan des diplômes délivrés, des instances de certification (5 ministères différents) que des porteurs de formation. Enfin, on peut noter le faible nombre de formations de niveau V qui correspondent l'une au CAP « Agent de prévention et de médiation » et l'autre, au titre professionnel « Agent de médiation, information, services ».

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Tableau II : Répartition des diplômes et titres (*n* = 106) par nombre et niveaux de formation [2]

Niveaux de formation*	Nombre (%)	Diplômes, titres
Niveau V : CAP, BEP ou équivalent	2 (2 %)	1 TP, 1 CAP
Niveau IV : Bac général, technologique ou professionnel, BP, BT ou équivalent	8 (7 %)	2 Bac pro, 2 DE (ME, TISF), 1 TP, 2 DU, 1 BP (JEPS)
Niveau III : Diplôme de niveau Bac + 2 (DUT, BTS, DEUST, écoles dispensant des formations sanitaires ou sociales	17 (16 %)	7 DEUST, 5 DE (ASS, JEPS, ES, EJE, ETS), 2 TP, 1 DU, 1 DUT, 1 diplôme d'établissement
Niveau II : Diplôme de niveau Bac + 3 ou 4, licence, maîtrise ou équivalent	38 (36 %)	29 licences professionnelles, 4 DU, 2 DE (SJEPS, infirmier), 2 licences générales, 1 CA (Caferuis)
Niveau I : Diplôme de niveau supérieur ou égal à Bac + 4 ou 5, master, doctorat, diplôme de grande école…	21 (20 %)	16 masters 4 DU, 1 CA (Cafdes)
Sans précision du niveau : formations relevant exclusivement de la formation continue	20 (19 %)	5 itinéraires (CNFPT), 6 modules ou stages, 4 certificats de compétences, 3 DU, 1 diplôme d'établissement, 1 certificat professionnel
Total	**106 (100 %)**	

ASS : Assistant de service social ; BP : Brevet professionnel ; BPSJES : Brevet professionnel supérieur de la Jeunesse, éducation populaire et sport ; Cafdes : Certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale ; Caferuis : Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale ; CAP : Certificat d'aptitude professionnelle ; DE : Diplôme d'État ; DEUST : Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques ; DU : Diplôme universitaire ; DUT : Diplôme universitaire de technologie ; EJE : Éducateur de jeunes enfants ; ES : Éducateur spécialisé ; ETS : Éducateur technique spécialisé ; JEPS : Jeunesse, éducation populaire et sport ; ME : Moniteur éducateur ; TISF : Technicien de l'intervention sociale et familiale ; TP : Titre professionnel.

* *Source :* Office national d'information sur les enseignements et les professions (Onisep).

Pour les 106 diplômes et titres répertoriés, cinq types de formation sont proposés : initiale, continue, en alternance, en apprentissage ou en contrat de professionnalisation. Une très grande majorité de diplômes en offre plusieurs types : 32 % des formations ne sont proposées que selon un seul type mais 48 % le sont selon deux types et 20 %, selon plus de deux types. De plus, 52 % des formations sont accessibles par les différents systèmes de validation des acquis. Cette diversité multiplie ainsi les possibilités d'accès à ces formations *via* différents critères combinés : niveaux de diplômes, expériences professionnelles, validation des acquis, formation professionnelle, reconversion, compte personnel de formation (CPF), etc.

Instances de certification et porteurs de formation

Sur le plan des instances de certification des formations, six ministères sont représentés : celui de l'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur et la Recherche domine largement avec 58 titres et formations différents, soit près de 55 % du total ; en comparaison, celui de la Santé et des Affaires sociales n'en certifie que 9 ; celui du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle en certifie 4 ; celui de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, 4 ; celui de la Justice, 3 ; et celui de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, 1. Les autres instances de certification sont, pour l'essentiel, le CNFPT (7 formations) et le Cnam (8) ainsi que les universités, lorsqu'il s'agit des DU (12). Enfin, dans la catégorie « divers » comprenant essentiellement des structures privées (7), 6 organismes de formation n'indiquent aucune instance de certification.

Les porteurs de ces formations sont très majoritairement des établissements publics : lycées, universités, organismes agréés ou conventionnés. Ces derniers sont principalement des associations, des établissements publics administratifs, des centres de formation privés, des écoles de commerce et de management, des instituts rattachés à l'université, ce qui fait de celle-ci le porteur majoritaire avec plus de 60 % des formations.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Tableau III : Diplômes ou titres (*n* = 21) accessibles sur le territoire national (tous porteurs/toutes régions [2])

Niveaux de formation	Diplômes ou titres
V	CAP « Agent de prévention et de médiation » TP « Agent de médiation, information, services »
IV	TP « Technicien médiation services » Bac pro « Services de proximité et vie locale » Bac pro « Services aux personnes et aux territoires » BPJEPS spécialité « Animation sociale » Diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale (DETISF) Diplôme d'État de moniteur-éducateur (DEME)
III	TP « Conseiller en insertion professionnelle » TP « Chargé d'accompagnement social et professionnel » Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES) Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE) Diplôme d'État d'éducateur technique spécialisé (DEETS) Diplôme d'État d'assistant de service social (DEASS) DUT « Carrières sociale, option assistance sociale »
II	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (Caferuis) Diplôme d'État supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spé. Animation socio-éducative et culturelle, mention « direction de structure et de projet » (DESJEPS) Diplôme d'État d'infirmier(ière)
I	Certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale (Cafdes)
Non renseigné	Diplôme d'établissement « Encadrant intermédiaire de dispositif de médiation sociale » (Cnam[a]) Certificat de compétences « Accompagner les personnes dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle » (Afpa[b])

[a] Cnam : Conservatoire national des arts et métiers.
[b] Afpa : Association pour la formation professionnelle des adultes.

Répartition géographique de l'offre de formation

Afin de saisir la répartition nationale et régionale des 106 formations recensées (tableaux III et IV) et indirectement leur accessibilité géographique, mais aussi la part de chaque secteur de formation, social ou santé, dans cette offre, plusieurs caractéristiques sont à prendre compte.

- *Une offre nationale faible et asymétrique*

En prenant en compte tous les types de porteurs de formations et l'ensemble des régions, nous avons répertorié 21 formations accessibles sur l'ensemble du territoire national, essentiellement métropolitain, soit 19,8 % des 106 recensées (tableau III). Ces 21 formations pour lesquelles nous avons vérifié la présence de contenus sur la médiation en santé relèvent très majoritairement du travail social, de l'intervention éducative, de l'accompagnement des personnes et du management. L'analyse des contenus des 12 formations répertoriées dans les professions de santé par la Drees [12, 13] confirme qu'une seule d'entre elles – le diplôme d'État (DE) d'infirmier – propose des contenus sur la médiation en santé ; par contre, sur les 14 professions sociales répertoriées, huit d'entre elles en proposent. La recherche par mots-clés « médiation + sociale + santé » *via* le moteur de recherche du RNCP dans les domaines du « travail social », d'une part, et des « praticiens médicaux » et « médico-techniques », d'autre part, atteste d'une différence importante entre ces domaines. Si en « travail social » nous recensons 74 titres et diplômes différents intégrant des contenus sur la médiation en santé, les deux autres domaines n'en totalisent que 6.

S'illustre ainsi la profonde asymétrie entre ces domaines d'une offre de formation combinant des contenus relevant de la santé et du social pourtant nécessaires aux activités professionnelles des médiateurs en santé et la faible représentation des organismes de formation aux professions de santé au regard de ceux des professions sociales.

- *Une offre régionale hétérogène*

L'analyse de la répartition régionale de l'offre de formation (tableau IV) différencie celle des universités (*n* = 72) et d'autres porteurs (*n* = 38) : 12 régions sur 18 accueillent des formations universitaires en médiation sociale et en

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Tableau IV : Répartition régionale des formations en médiation sociale et santé [2]

Régions	Porteurs Universités/villes	Nombre	Autres porteurs/ villes	Nombre	Total formations/ région
Grand Est (ex Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne)	Strasbourg Nancy Reims Mulhouse	9	Nancy Strasbourg	3	12
Nouvelle-Aquitaine (ex Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes)	Bordeaux Poitiers	7	Bordeaux	1	8
Auvergne-Rhône-Alpes	Clermont-Ferrand Lyon 2 Lyon 3 Saint-Étienne	4	Lyon	1	5
Bourgogne-Franche-Comté	Besançon Dijon	4	Belfort	2	6
Bretagne	Brest Rennes 1 Rennes 2	3			3
Centre-Val de Loire	Orléans Tours	3			3
Guadeloupe	Pointe-à-Pitre	1			1
Guyane	Cayenne	1			1
Île-de-France	Paris 2 (Paris) Paris 5 (Paris) Paris 8 (Saint-Denis) Paris 10 (Nanterre) Paris 11 (Orsay-Evry) Paris 13 (Créteil)	14	Paris	15	29
Occitanie (ex Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées)	Montpellier Montpellier 3 (Béziers) Perpignan Toulouse 1 Toulouse 2 Toulouse 3	12	Albi Auch Figeac Foix Montauban Montpellier Pradines Tarbes Toulouse	6	18
Hauts-de-France (ex Nord-Pas-de-Calais et Picardie)	Lille 2 Lille 3 Littoral Côte d'Opale (Dunkerque Boulogne) Valenciennes	8	Dunkerque Lille	4	12
Pays de Loire			Angers Nantes	4	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Aix-Marseille Nice	6	Marseille	2	8
Total		**72**		**38**	**110**[a]

[a] Le total est de 110 formations (au lieu des 106 recensées) car plusieurs formations identiques se déroulent dans deux régions différentes et sont comptabilisées deux fois dans ce tableau.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

santé, 10 métropolitaines et deux d'outre-mer. Portée par 35 universités différentes, cette offre varie fortement selon les régions : de une seule formation pour les régions Guadeloupe et Guyane à 14 et 12 respectivement pour l'Île-de-France et l'Occitanie. Viennent ensuite quatre régions, proposant chacune de 6 à 9 formations (Grand Est ; Nouvelle-Aquitaine ; Hauts-de-France ; Provence-Alpes-Côte d'Azur) et quatre autres proposant entre 3 et 4 formations (Auvergne-Rhône-Alpes ; Bourgogne-Franche-Comté ; Bretagne et Centre-Val de Loire). L'offre de formation portée par des instances autres que les universités rassemble des organismes publics et privés et 38 formations différentes. Leur répartition régionale est là aussi très variable, allant de 1 à 15 formations selon les régions. L'Île-de-France arrive là aussi largement en tête avec 15 formations, suivie par l'Occitanie avec 6 formations. Au total, les deux régions les mieux dotées – l'Île-de-France (29 formations) et l'Occitanie (18) – contrastent avec celles les moins bien dotées, la Guadeloupe et la Guyane avec une formation chacune, puis la Bretagne et le Centre-Val de Loire, avec trois formations chacune, et celles pour lesquelles nous n'avons répertorié aucune formation (Corse, Normandie, Mayotte, Martinique, La Réunion).

Sachant que les inégalités territoriales renforcent les inégalités sociales de santé [29], cette répartition hétérogène des ressources de formation sur le territoire national, qui plus est dans des régions où les ISS peuvent être importantes, nous paraît constituer un obstacle supplémentaire au développement de la médiation en santé et à la professionnalisation des personnes, du métier et des structures œuvrant dans ce domaine.

Volumes et contenus de formation

Les volumes horaires des 106 formations recensées et leur durée sont très disparates, allant d'une centaine d'heures à plus de 4 000 heures, sans que l'on puisse les comparer strictement. Les informations sur ce point sont parfois indisponibles sur les sites des organismes de formation ou très hétérogènes en termes de précision. Cependant, la très grande majorité des formations propose des projets tutorés et des stages de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois dans une structure professionnelle.

Hormis ce point commun, les intitulés des diplômes ne suffisent pas à rendre compte des contenus de formation. Si certains intitulés ne comportent ni le terme « médiation » ni celui de « santé » ou de « sanitaire », l'analyse des maquettes de formation révèle pourtant la présence de contenus de médiation en santé. Plus précisément, 56 % des formations affichent dans leur intitulé le terme « social » associé le plus souvent aux termes « intervention », « action », « animation », « insertion » ou « accompagnement » ; 34 %, les termes « médiation » ou « médiateur » et seulement 13 %, les termes « santé » ou « sanitaire ». Se concrétise encore ici la part plus importante des contenus liés à la médiation dans les formations aux professions sociales en regard de celles des professions de santé et la faible visibilité de la santé dans les intitulés des titres et diplômes répertoriés.

Une analyse plus ciblée sur les contenus des formations incluant les termes « santé » ou « sanitaire » dans l'intitulé du diplôme, de la mention ou de la spécialité, montre que les volumes de formation en santé et en médiation y sont les plus importants. Mais cela ne concerne au total que 16 formations différentes (tableau V) sur les 106 recensées (soit 15 %), auxquelles nous pourrions rajouter le DE d'infirmier. Seulement trois d'entre elles comportent les termes de médiation ou de médiateur dans leur intitulé.

Les autres formations n'affichant ni « santé » ni « sanitaire » dans leur intitulé, s'inscrivent dans le champ de l'intervention ou de la médiation sociale ou socioculturelle mais intègrent des contenus sur la santé. Elles se caractérisent par des formations parfois très généralistes sur la médiation – qualifiée de sociale, socio-économique, socioculturelle, sportive, etc. – dans lesquelles les contenus santé ne représentent toutefois qu'une faible part. Ils sont majoritairement pluridisciplinaires, à dominante sciences humaines et sociales et parfois très spécialisés en sciences juridiques. Nos résultats rejoignent ceux d'une enquête réalisée en 2014 sur la promotion de la santé dans les établissements de formation au travail social [30] qui confirme la grande hétérogénéité des formations et la nécessité d'y introduire davantage de contenus spécifiques à la santé. Sont préconisés un accroissement de leur volume qui ne représente en moyenne que 5 % du volume horaire total, un approfondissement des notions d'« éducation » et de « promotion de la santé », une homogénéisation des modalités de formation et une amélioration de la formation des formateurs permanents.

Enfin, nous avons comptabilisé 28 titres et diplômes différents (soit 26 % du total) sanctionnant une formation à la coordination et gestion d'équipes de médiateurs ou à la direction et au management de structures de médiation. Situées à la jonction entre médiateurs de terrain et management des organisations, ces formations peuvent participer à la professionnalisation des structures et des médiateurs *via* la formation continue ou la validation des acquis.

À partir de ces constats, deux tendances peuvent être dégagées : d'une part, les organismes de formation aux professions de santé, identifiés dans notre sélection, sont

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

Tableau V : Liste des diplômes intégrant « santé » ou « sanitaire » dans leurs intitulés (*n* = 16) [2]

Diplômes	Intitulés	Porteurs
DU	Médiateur de santé-pair	U. Lille, Paris 8, U. Aix-Marseille
DU	Santé, maladie, soins et médiations des cultures	U. Paris V
DU	Modèles alternatifs, de règlement des conflits : intérêt de la médiation en santé	U. Montpellier
DU	Santé précarité	U. Toulouse III
Licence professionnelle	Management des organisations. Option : gestion d'établissements sanitaires et sociaux	U. Nice, Cnam Paris
Licence professionnelle	Management des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux	U. Lyon 3
Master	Anthropologie sociale, ethnologie. Spécialité : santé, migration, médiation	U. Bordeaux
Master	Philosophie, soins, éthique et santé	U. Bordeaux
Master	Management des structures d'action sociale et de santé	U. Bordeaux, U. Aix-Marseille
Master	SHS, Actions sociales de santé. Spécialité : métiers de l'intervention sociale	U. Brest
Master	Sciences, technologies, santé. Mention : santé publique. Spécialité : Santé, population, politiques sociales	U. Paris 13
Master	Éducation et formation. Spécialité : encadrement dans le secteur sanitaire et social	U. Aix-Marseille
Master	Géographie, aménagement, environnement et développement. Parcours : santé et territoires	U. Montpellier 3
Certificat de compétences	Responsable d'action communautaire en santé et travail social	Cnam Paris
Certificat professionnel	Animateur d'action communautaire en santé et travail social	Cnam Paris
Itinéraire métier	Travailler en santé dans l'interculturalité	CNFPT Nancy, Montpellier

U : Université ; Cnam : Conservatoire national des arts et métiers ; CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale.

faiblement représentés, en comparaison avec ceux des professions sociales, plus nombreux ; d'autre part, les formations des professionnels de santé, davantage centrées sur l'apprentissage de connaissances et d'actes médicaux, ne développent que rarement des formations en médiation, les aspects techniques prenant le pas sur les aspects plus relationnels de la relation soignants-soignés et les déterminants sociaux de santé.

Besoins et principes de formation à la médiation en santé

Les entretiens et les *focus groups* avec des professionnels et institutions permettent de relever les besoins non satisfaits de formation et d'avancer un certain nombre de principes innovants et consensuels qui permettraient de consolider la coopération entre ces deux mondes.

Les besoins de formation exprimés par les médiateurs en santé…

Les médiateurs en exercice dans différentes structures[5] expriment quatre grandes catégories de besoins :

- améliorer ou renforcer leurs connaissances en santé : les domaines les plus fréquemment cités sont la santé mentale, les pratiques addictives, les différents types de publics, les déterminants sociaux de la santé, les maladies chroniques, la « *déontologie du monde de la santé* », les dispositifs de soutien et de financement. Ces apports sont considérés comme nécessaires pour mieux anticiper ou détecter les problèmes de santé des personnes, mieux les accompagner et les orienter, maîtriser l'interaction directe, être à leur écoute et travailler plus étroitement avec les professionnels de santé ;

[5] Les extraits des verbatims sont restitués entre guillemets et en italique.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

- clarifier leur posture de médiateur : vis-à-vis des publics, les besoins renvoient à des apports méthodologiques pour leur faire reconnaître la santé comme une priorité, établir une relation empathique et de confiance, vaincre leurs résistances ou les obstacles à leur accès aux soins et à la prévention. Les médiateurs souhaitent aussi accroître leurs connaissances sur les démarches communautaires et d'accompagnement en santé, clarifier les frontières et limites de leurs interventions vis-à-vis des professionnels de santé, renforcer leurs capacités à nouer des partenariats avec eux et faire reconnaître leur complémentarité ;
- construire des partenariats et travailler en réseau : est exprimé le besoin d'acquérir une culture du travail collaboratif, d'une part en renforçant leurs compétences professionnelles pour coordonner, prendre en charge, accompagner les publics, et d'autre part, en travaillant de façon concertée avec les professionnels du social et de santé. Une autre attente fréquemment avancée est qu'on les aide à prendre du recul, à réfléchir sur leurs pratiques et postures professionnelles afin de rompre leur « *isolement* » pouvant parfois conduire à un « *épuisement* » ;
- accéder à une offre différenciée de formation : compte tenu de l'hétérogénéité de leurs conditions d'exercice du métier et de leurs parcours personnels et professionnels, les médiateurs insistent fortement sur la nécessité d'élargir et de différencier la palette des formations afin que tous puissent y accéder. Leurs demandes concernent des formations-actions, à l'accompagnement collectif pour des projets d'équipes, diplômantes et accessibles par les dispositifs de validation des acquis.

… et par les institutions

Les représentants des institutions expriment trois grandes catégories de besoins de formation :

- soutenir les structures et encourager l'intersectorialité santé-social pour mieux évaluer la plus-value économique et sociale de leurs interventions, définir des profils de poste, construire un référentiel d'activités et de compétences afin d'« *installer durablement ce nouveau métier dans le monde de la santé* ». Des aides au montage de projets intersectoriels et collaboratifs ainsi que des financements croisés afin de mutualiser des moyens et des postes sont aussi demandés ;
- multiplier les dispositifs d'accueil dans différents lieux de vie et améliorer leur animation, mais également renforcer les dispositifs d'accompagnement en santé combinant activités d'interprétariat et de médiation, pour mieux « *aller vers* » et accompagner les publics vulnérables ;
- favoriser la formation individuelle et collective des personnels et bénévoles et, pour cela : informer et inciter les structures employeuses à utiliser leurs crédits de formation, à développer leurs compétences en gestion des ressources humaines ou en management d'équipes pluriprofessionnelles de médiation et encourager les demandes de formation collective.

Cette synthèse des besoins à ce jour non satisfaits ne rend que partiellement compte des nombreuses attentes exprimées lors des *focus groups* pour favoriser un travail intersectoriel et collaboratif entre professions sociales et de santé tant du côté des médiateurs en exercice que des institutions [2]. Tous insistent fortement sur la nécessité que soient proposés des contenus selon une approche de santé globale relevant de savoirs issus de ces deux mondes sociaux pour favoriser un travail intersectoriel plus efficace en rapport avec leurs missions de médiation.

Discussion

Si la médiation en santé constitue ou entend constituer un instrument de modernisation des politiques publiques de santé, des obstacles politiques, institutionnels, mais aussi culturels et professionnels tendent à maintenir le cloisonnement entre les mondes de la santé et du social même si un certain nombre d'avancées sont en cours comme le référentiel de compétences proposé par la HAS [17]. Cependant, les questions liées à la formation et à la professionnalisation des médiateurs en santé n'y sont que peu évoquées ainsi que les articulations avec les institutions représentant le domaine du travail social. Le volet qualitatif de notre recherche auprès des médiateurs en santé et des institutions les employant a débouché sur trois propositions consensuelles et innovantes, permettant de répondre à des besoins non satisfaits et de renforcer les liens entre mondes de la santé et du travail social. En synthèse, elles consistent à :

- favoriser l'intersectorialité dans toutes les formations en les décloisonnant en partie, selon l'idée que toute formation sociale devrait intégrer des contenus de santé et vice versa, en privilégiant une approche globale de la santé, des interventions croisées sur la promotion de la santé, une logique d'*empowerment* des populations et un ancrage territorial de proximité ;
- renforcer l'accessibilité des formations et les adapter aux publics à former en insistant sur la nécessité qu'elles soient à la fois professionnalisantes et diplômantes, afin

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)

d'améliorer l'employabilité des médiateurs, favoriser la reconnaissance des publics accompagnés, pérenniser leur fonction au sein des structures employeuses et/ou favoriser leur recherche d'emploi ;

- créer ou renforcer les liens et les synergies entre structures et professionnels exerçant des métiers différents. Pour cela, s'appuyer sur des dispositifs existants (contrats de ville, contrats locaux de santé, projet-pilote) pour mutualiser des financements entre institutions (ARS, collectivités territoriales, missions locales, structures d'insertion par l'activité économique, tissu associatif), réaliser des formations dans les quartiers prioritaires et zones rurales et proposer des formations collectives aux structures éducatives, sanitaires, sociales et médico-sociales.

Ces propositions constituent, dans le paysage actuel des formations, des pistes d'innovations sociales, au sens d'intervention auprès de publics vulnérables, mais aussi sociétales, visant à faire évoluer les pratiques de médiation et favoriser les collaborations entre professionnels des mondes de la santé et du social à l'instar de certains projets pilotes en phase d'expérimentation [31].

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Haschar-Noé N, Lang T (dir.). Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse : Presses universitaires du Midi ; 2017. 430 p.
2. Haschar-Noé N, Bérault F. Étude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation « médiation en santé » dans la région Languedoc-Roussillon/Midi-Pyrénées. Toulouse : Rapport de recherche pour l'ARS Occitanie ; 2016. 84 p.
3. Richez-Battesti N, Petrella F, Vallade D. L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : quels enjeux et défis pour l'analyse ? Innovations. 2012;2(38):15-36.
4. Faget J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie. Toulouse : Érès ; 2015. 419 p.
5. Bergeron H, Castel P. Sociologie politique de la santé. Paris : Presses universitaires de France ; 2014. 479 p.
6. Becker HS, Pessin A. Dialogue sur les notions de monde et de champ. Sociologie de l'Art. 2006;8:163-80.
7. Pierru F. La santé en fusions : L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel. *In :* Castaing G (dir.). La territorialisation des politiques de santé. Bordeaux : Les Éditions Hospitalières ; 2012. 197 p.
8. Saout C. Cap Santé, Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; 2015. 71 p. [Visité le 7/01/2019]. En ligne : https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000490.pdf.
9. Haut Comité de la santé publique (HCSP). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. [Rapport n° 1244-5622] Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; 1998, 364 p.
10. République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1.
11. République française. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. JORF n° 0108 du 7 mai 2017, texte n° 6.
12. Nahon S. La formation aux professions sociales en 2013. Paris : Drees, Série statistiques n° 193 ; 2015. 116 p.
13. Casteran-Sacreste B. La formation aux professions de santé en 2013. Paris : Drees, Série statistiques n° 195 ; 2015. 121 p.
14. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : Presses universitaires de France ; 1996. 291 p.
15. Lang T. Les inégalités sociales de santé. *In :* Gilbert C, Henry E, Jouzel JN, Marichalar P. Dictionnaire critique de l'expertise : Santé, travail, environnement. Paris : Presses de Sciences Po ; 2015.
16. Guillaume-Hofnung M. La médiation. Paris : Presses universitaires de France ; 2009. 127 p.
17. Haute Autorité de santé (HAS). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Paris : HAS ; 2017. 70 p.
18. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009. p. 12184, texte n° 1.
19. Balmer A, Hébert J. Les médiations en question. Nouvelles pratiques sociales. 2009;21(2):20-30.
20. Comité interministériel des villes (CIV). Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale. Saint-Denis : Les Éditions du CIV ; 2009. 169 p.
21. Haschar-Noé N, Salaméro E, Honta M. La gouvernance différenciée des contrats locaux de santé. Journal de gestion et d'économie médicales. 2015;33(6):375-88.
22. Roelandt JL, Staedel B. L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : une révolution intranquille. Montrouge : Doin éditeurs ; 2016. 250 p.
23. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique. 2015;27(3):303-4.
24. CIV, Médiation sociale : pour la reconnaissance d'un métier. Saint-Denis : Les Éditions du CIV ; 2011. 56 p.
25. Chaix M, Gorisse MJ. Professionnaliser la médiation sociale. Paris : Direction générale de l'Action sociale ; 2006. 46 p.
26. Direction générale de la Santé (DGS). Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006. 136 p.
27. Duclos H, Grésy JE. Évaluation de l'utilité sociale de cinq structures de médiation sociale. Paris : Ministère du Logement et de la Ville ; 2008. 116 p.
28. Divay S. La professionnalisation dormante de la médiation sociale. Informations sociales. 2012;2(170):102-8.
29. Vigneron E, Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Les Tribunes de la santé. 2013;1(38):41-53.
30. Karrer M, Hamel E. Promotion de la santé et formations du secteur social. Évolutions. 2015;34:1-6.
31. Haschar-Noé N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé : Une expérimentation en système ouvert, participatif, intégré et de proximité. Préventique. 2018;158:74-5.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 26/10/2023 sur www.cairn.info (IP: 217.181.238.18)