

Collectif pour la promotion
de la médiation en santé

RECONNAISSANCE ET SÉCURISATION PROFESSIONNELLE DU MÉTIER DE MÉDIATEUR·RICE EN SANTÉ

FÉVRIER 2024

La médiation en santé est aujourd'hui reconnue comme un mode d'intervention efficace dans la lutte contre les inégalités sociales de santé¹. L'inscription de la médiation en santé dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et dans le Code de la santé publique (décret n°2017-816) n'a pourtant pas été suivie par la mise en place d'un cadre statutaire garantissant la reconnaissance et la sécurisation de ce métier².

La médiation en santé désigne une fonction d'interface assurée dans la proximité entre les personnes en situation de vulnérabilités, éloignées du système de santé³ et les professionnel·les intervenant dans leurs parcours de santé⁴. Elle a pour but d'articuler des actions visant, d'une part, à faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes exposées à une ou plusieurs vulnérabilités⁵ et, d'autre part, à sensibiliser les professionnel·les concerné·es par leurs besoins et problématiques sur les obstacles rencontrés. La médiation en santé s'inscrit dans une approche globale et intégrée de la santé en référence aux valeurs de promotion de la santé, de l'approche communautaire, de l'éducation par les pair·es. L'accompagnement qu'elle propose vise à permettre aux personnes et aux populations de surmonter les obstacles individuels et/ou systémiques qu'elles rencontrent pour recourir aux services de santé, développer la perception de leurs besoins en santé⁶ et ainsi renforcer leurs capacités⁷ pour favoriser leur autonomie en santé. La médiation en santé soutient la transformation du système de santé dans une visée d'équité en santé. Elle révèle les besoins non couverts et les défaillances d'un système de santé qui demeure mal adapté à toutes et tous, les porte à la connaissance des institutions pour une meilleure prise en compte et une adaptation des dispositifs. Elle prend en compte les déterminants sociaux de la santé (droits, logement, emploi, éducation). Elle concourt à l'amélioration de l'accès au système de santé et à la lutte contre les discriminations et l'exclusion⁸.

«Médiateur·rices en santé», «pair·e médiateur·rice», «agent de santé communautaire» ou encore «navigateur·rice» les dénominations pour désigner les postes exerçant des missions de médiation en santé sont nombreuses mais se rejoignent par une fonction commune : la médiation en santé. Ce métier s'exerce à travers des actions en centre fixe (établissements ou associations des secteurs sanitaire, social ou médico-social) et/ou des actions d'aller vers ainsi que de ramener vers le système de santé. Les médiatrices et médiateurs en santé ne pratiquent pas de soins curatifs. Il·elles n'ont pas vocation à se substituer aux autres professionnel·les du sanitaire ou de l'intervention sociale qui interviennent en complémentarité dans le parcours de santé des personnes. Les médiatrices et médiateurs en santé s'appuient sur leurs connaissances fines des besoins et problématiques des populations, ainsi que des acteurs locaux au sein du territoire. Il·elles peuvent être issu·es ou non de la population accompagnée. Dans le premier cas, on parle alors de travailleur·euses pair·es qui s'appuient sur leurs savoirs acquis au cours de leurs expériences de vie.

La médiation en santé est ainsi un métier pivot du système de santé pour garantir l'effectivité du droit à la santé des personnes et lutter contre les inégalités sociales de santé.

Partielle, la reconnaissance institutionnelle de la médiation en santé est encore à achever. En effet, si la fonction est dotée d'un statut législatif (loi n°2016-41 et article D110-5 CSP) et d'un cadre de référence qui structure son activité (référentiel de la HAS), **le cadre d'emploi des médiatrices et médiateurs en santé n'est pas encore officiellement reconnu par les pouvoirs publics.** Le métier n'est toujours pas inscrit dans le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) ni dans le Code de la Santé Publique et il n'a pas de place opérationnelle définie dans le système de santé. Les médiatrices et médiateurs en santé sont ainsi maintenu·es dans un mode d'exercice très précaire : emploi mal rémunéré, absence de visibilité de carrière, rare intégration à une équipe pluri-professionnelle, voire exercice isolé, budgets alloués non pérennes... Autant de freins qui entravent l'efficacité et le déploiement des dispositifs de médiation en santé sur le territoire⁹.

Les membres du Collectif pour la promotion de la médiation en santé demandent ainsi aux pouvoirs publics français d'engager des actions concrètes et des moyens financiers en vue de reconnaître et sécuriser le métier de médiatrice/ médiateur en santé¹⁰, en :

- Créant un référentiel métier de médiatrice/médiateur en santé avec une place opérationnelle définie dans les systèmes de santé ;
- Mettant en place des formations en médiation en santé qualifiantes initiales et continues reconnues par l'Etat ;
- Garantissant un soutien et un accompagnement professionnel aux médiatrices et médiateurs en santé ;
- Finançant et encourageant le déploiement de postes de médiatrices et médiateurs en santé à la hauteur des besoins.

Cela dans le cadre d'une stratégie nationale de déploiement et de pérennisation de la médiation en santé, assortie de modalités de financements dédiés et d'un comité de suivi et d'évaluation.

Créer un référentiel métier des médiateur·rice·s en santé avec une place opérationnelle définie dans les systèmes de santé

Malgré un cadre institutionnel entourant la médiation en santé, les médiatrices et médiateurs en santé ne bénéficient toujours pas, à ce jour, d'un statut professionnel les protégeant. Ainsi, l'absence de référentiel métier, de certification professionnelle, de positionnement dans les conventions collectives (grille de salaires, évolution de carrière, etc.) et de formation qualifiante, impacte lourdement les conditions de travail des médiatrices et médiateurs en santé. En outre le manque de reconnaissance de leur positionnement et de leur légitimité dans les collaborations avec les autres professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social entrave la mise en œuvre de leurs actions et nuit à l'efficacité des dispositifs de médiation en santé.

ÉTUDE SUR LE CADRE PROFESSIONNEL DES MÉDIATEUR·RICES EN SANTÉ (C-PRO-MS)

- 85% des MS expriment des difficultés dans leur collaboration avec les partenaires avec lesquels ils sont amenés à travailler dans leurs missions :
 - Méconnaissance du rôle du MS
 - Méconnaissance du métier de médiateur en santé
 - Défaut de communication
- 31% des MS ressentent un manque de reconnaissance de la part des partenaires : professionnels de santé et du travail social, services déconcentrés de l'Etat tels que les mairies, préfectures etc. et avec des élus.
- 43% des structures ont des grilles de salaires pour les MS
- 21% des structures n'ont pas de conventions collectives
- 15 intitulés de postes différents comptabilisés.

LES MEMBRES DU COLLECTIF DEMANDENT AUX POUVOIRS PUBLICS FRANÇAIS DE :

1.1 Inscrire le métier de médiatrice/médiateur en santé dans le code de la santé publique et le répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME).

Avec comme missions¹¹, dans le cadre d'une stratégie d'intervention adaptée :

- La navigation dans le système de santé afin de rendre possible l'accès aux soins, aux droits et à la prévention des populations les plus éloignées du système de santé, via des actions d'aller-vers/ramener vers dans une posture de faire avec, et dans un objectif de développement du pouvoir d'agir des personnes. Cette mission d'interface, conduit les médiateur·rices à repérer, rencontrer, informer, orienter et accompagner les personnes à naviguer dans le système de santé. Ainsi qu'à mobiliser et sensibiliser les acteur·rices de terrain aux difficultés rencontrées par les personnes dans leurs parcours de santé.
- La participation à la structuration territoriale de la médiation en santé à l'aide de fonctions de diagnostic territorial en continu, d'alerte, de remontée des obstacles rencontrés par les publics accompagnés, de remontée des dysfonctionnements du système de santé, de tiers expertise et de formalisation de cette structuration. Cette mission s'inscrit dans la durée. Les médiateur·rices en santé s'appuient sur leur expertise fine des populations accompagnées au sein du territoire et deviennent des « sentinelles » des besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé afin de lutter contre le non-recours, le renoncement et les ruptures de soins et de droits de tous ordres.
- La contribution à la coordination des actions de réponse aux besoins et problématiques des personnes éloignées du système de santé en coopération avec les autres professionnel·les, services et dispositifs concernés par les problématiques. Les médiateur·rices prennent part à un réseau de professionnel·les pluridisciplinaire à l'échelle de la structure employeuse et/ou du territoire. Ensemble il·elles contribuent aux orientations et prises de décisions et coordonnent leurs ressources pour mettre en œuvre des actions de réponses et en faire le suivi et bilan.

Avec comme socle minimal de compétences exigées :

- Savoirs et compétences techniques : connaissances fondamentales sur les problématiques santé/précarité, connaissances des publics ; le cas échéant, mobilisation des savoirs expérientiels ; dimension du "lien", techniques d'animation et d'intervention, transmission d'informations.
- Connaissance de l'environnement : connaissance du système socio-sanitaire, des acteurs et dispositifs, de la dynamique territoriale avec les acteurs concernés par les problématiques du pays. Dimension diagnostic, approche globale du territoire, capacité d'analyse, repérage des besoins, des ressources et des préconisations.
- Savoir être et posture professionnelle : référents essentiels fondant la posture de médiation en santé (principes déontologiques : confidentialité-secret professionnel, non jugement, respect de la volonté des personnes), devoir d'indépendance, de neutralité et d'intégrité, décentrage, temporalité (aller au rythme des personnes accompagnées), agilité (adaptation aux situations, besoins, contextes, territoires).

1.2 Intégrer le métier de médiatrice/médiateur en santé dans les conventions collectives des secteurs sanitaire, social, médico-social et de la fonction publique hospitalière et territoriale ainsi que dans les grilles de salaires correspondantes en :

- Prévoyant des conditions d'accès au métier qui assurent l'inclusivité des différents profils et niveaux de compétences des médiateur.rices en santé ;
- Positionnant le métier sur un coefficient cohérent au regard des autres métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social.

1.3 Adopter un cadre éthique ayant une valeur réglementaire, garantissant la qualité des conditions de mise en œuvre de la médiation en santé ainsi que ses principes déontologiques, tels que le non-jugement, la confidentialité et le respect de la volonté des personnes.

1.4 Garantir une place opérationnelle définie dans les systèmes de santé, du social et du médico-social pour garantir la légitimité de ces professionnel·les et faciliter les collaborations.

1.4.1 Prévoir dans la stratégie nationale de déploiement et de pérennisation de la médiation en santé l'articulation et la complémentarité du métier de médiatrice/médiateur en santé avec les autres métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social susceptibles d'intervenir dans le parcours de santé des personnes.

1.4.2 Mettre en place des modules de formation sur les missions et actions des médiateur.rices en santé, dans les formations des professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social.

1.4.3 Mettre en place à l'échelle des territoires, via des programmes régionaux de médiation en santé, des temps de sensibilisation sur la médiation en santé à destination des équipes des secteurs sanitaire, social et médico-social pour faire connaître le métier aux professionnel·les de ces secteurs.

Mettre en place des formations en médiation en santé qualifiantes initiales et continues reconnues par l'Etat

La formation et les profils académiques des médiatrices et médiateurs en santé sont très hétérogènes. Si presque toutes les médiatrices et médiateurs en santé ont bénéficié d'une formation initiale (dont la majorité d'entre elles-eux dans des secteurs en lien avec les missions de la médiation en santé), seules 30% sont diplômé·es en médiation en santé. L'offre de formation en médiation en santé en France est en effet insuffisante, disparate et inégalement répartie sur le territoire pour couvrir les besoins. Qui plus est, il n'existe pas de durée ou de contenu de référence permettant de garantir la qualité des formations.

ÉTUDE SUR LE CADRE PROFESSIONNEL DES MÉDIATEUR·RICES EN SANTÉ (C-PRO-MS)

- 97% des MS ont une formation initiale :
 - 40% dans le social
 - 30% dans autres (art, tourisme, droit)
 - 27% en santé (sanitaire et santé publique)
- Niveau d'étude le plus représenté : bac +3 (34% des MS).
- 30% des MS sont diplômés en médiation en santé.
- 20% des MS sont en formation continue en médiation en santé.
 - 48% en médiation en santé pair
 - 24% en D.U. (diplôme universitaire)
- 32% des MS ont exprimés l'accès à la formation comme besoin prioritaire.

LES MEMBRES DU COLLECTIF DEMANDENT AUX POUVOIRS PUBLICS FRANÇAIS DE :

2.1 Définir un référentiel de formation théorique et pratique fixant les objectifs pédagogiques visant à l'acquisition des compétences exigées par le référentiel métier.

2.2 Créer une licence professionnelle de médiatrice/médiateur en santé sans exigence de diplôme préalable à l'entrée pour préserver la diversité des parcours des personnes et la reconnaissance des savoirs liés à l'expérience.

2.2.1 Permettre l'accès à la licence par la voie de validation des acquis personnels et professionnels (VAPP) afin qu'aucun prérequis académique, tel que le bac, ne soit exigé pour une inscription en licence.

2.2.2 Garantir la disponibilité des formations en médiation en santé en :

- Donnant la possibilité à tout organisme de formation privé (type IRTS et ONG) et organisme de formation public (type université) de les dispenser à condition qu'ils répondent au socle commun d'objectifs pédagogiques nécessaires pour acquérir les compétences exigées par le référentiel métier ;
- Élargissant l'offre de formation en Université, IRTS, IFSI, AFPA sur l'ensemble du territoire métropole et DROM ;
- Prévoyant des modalités d'accès à la formation en distanciel.

2.3 Veiller à l'inscription de la licence professionnelle dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) afin de valoriser les compétences acquises par l'expérience ou d'accéder au métier par la formation professionnelle continue.

2.3.1 S'assurer que le ministère de la Santé soit garant du métier de médiatrice/médiateur en santé, une fois ce dernier inscrit dans le ROME.

2.3.2 Garantir l'accessibilité de la VAE aux différents profils des médiateur·rices en santé, en laissant la possibilité de rendre un rapport sur les actions réalisées et compétences obtenues dans d'autres formats que l'écrit (enregistrement vidéo, oral devant le jury, etc.).

2.4 Assurer l'accès à toutes les formations en médiation en santé via le CPF (compte personnel de formation).

Garantir un soutien et un accompagnement professionnel aux médiatrices et médiateurs en santé

Intervenant en première ligne auprès des personnes exposées à une ou plusieurs vulnérabilités, les médiatrices et médiateurs en santé font face sur le long terme à des situations humaines complexes et éprouvantes au quotidien. Exercice souvent solitaire, la médiation en santé nécessite un accompagnement pérenne et régulier à trois niveaux : appui face aux difficultés rencontrées dans leurs missions ; soutien personnel dans l'exercice du métier ; accompagnement des structures mobilisant la médiation en santé.

ÉTUDE SUR LE CADRE PROFESSIONNEL DES MÉDIATEUR·RICES EN SANTÉ (C-PRO-MS)

- Médiane équivalent temps plein de MS par structure : 1
- 18% des MS ne bénéficient pas de soutien de la part de leurs encadrants.
- 32% des MS ne bénéficient pas de temps d'analyse de pratiques.
- 50% des MS expriment un manque de moyens matériels et financiers pour l'exercice de leurs missions.
- 17% des MS ont exprimés le soutien dans leur poste comme besoin prioritaire.

LES MEMBRES DU CPMS DEMANDENT AUX POUVOIRS PUBLICS FRANÇAIS DE :

3.1 Organiser et financer pour chaque territoire, la mise en place, d'un accompagnement leur permettant de faire face sur le long terme à leur isolement professionnel et aux situations humaines complexes et éprouvantes rencontrées au quotidien dans le cadre de l'exercice de leurs missions. Cela doit être fait avec et pour les médiateur·rices en santé.

3.1.1 Identifier, à travers une étude nationale, les risques psychosociaux (RPS) des médiateur·rices en santé ; Intégrer des propositions d'actions de prévention adaptées ; S'assurer de la diffusion des résultats de l'étude aux structures employant des médiateur·rices en santé et à leurs financeurs.

3.1.2 Dédier des financements à la mise en place sur chaque territoire :

- D'espaces visant à l'échange de pratiques, au partage de savoir et au soutien des média-teur-rices en santé : supervisions individuelles et collectives, analyse de pratiques. Cela de manière systématique, à intervalles réguliers et en présentiel (voir recommandation 3.2);
- D'une offre d'appui psychologique individuel aux médiateur-rices en santé.

3.1.3 Soutenir toute action permettant l'accompagnement des médiateur-rices en santé tel que le parrainage de médiateur-rices en santé par des pair-es du territoire, des temps de ren contres, etc.

3.2 En articulation avec la stratégie nationale de médiation en santé (recommandation 1.4.1), mettre en place et financer, en lien avec le ARS, des programmes régionaux de médiation en santé (PRMS) pour et avec des médiateurs et médiatrices en santé en charge, entre autres, de :

3.2.1 Valoriser et sensibiliser à la médiation en santé les autres professionnel·les des secteurs sanitaire, social et médico-social;

3.2.2 Porter une mission d'observatoire sur la médiation en santé et sur l'accès au système de santé des personnes qui en sont éloignées, en mutualisant, capitalisant et diffusant des référents communs, des expériences inspirantes et des remontées de terrain relatives aux dysfonctionnements du système de santé ;

3.2.3 Organiser et animer, pour et avec les médiateur-rices en santé, des temps d'analyse, d'échanges de pratiques et de formation continue à l'échelle départementale et/ou régionale selon le contexte territorial;

3.2.4 Accompagner les structures publiques et privées dans l'intégration de médiateur-rices en santé dans leurs équipes afin de favoriser leurs collaborations avec les autres professionnel·les de la structure, notamment en ce qui concerne :

- L'intégration du projet de médiation en santé dans le projet global de la structure;
- L'articulation entre les missions et activités des médiateur-rices et celles des autres professionnel·les de la structure;
- Le recrutement et l'accueil des médiateur-rices en santé;
- La sensibilisation et la valorisation de la médiation en santé auprès des membres de la structure employeuse.

Financer et encourager le déploiement de postes de médiateur·rice·s en santé à la hauteur des besoins

Les médiatrices et médiateurs en santé sont majoritairement employé·es par des associations sur des fonds labiles type Fond d'intervention régional (FIR) dans le cadre d'appels à projets inscrits dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (Praps), pilotés par les Agences régionales de la santé (ARS), avec peu de visibilités sur la durée et l'évolution des contrats de travail. D'une durée moyenne d'un an, ces financements ne permettent ni sécurité de l'emploi, ni perspectives de pérennisation ou d'évolution de carrière.

ÉTUDE SUR LE CADRE PROFESSIONNEL DES MÉDIATEUR·RICES EN SANTÉ (C-PRO-MS)

- 67% des structures employeuses des MS sont des associations (19% des établissements public de santé).
- 49% des structures employeuses financent un ou des postes de médiation en santé avec des financements multiples et labiles.
- 34% des MS sont en CDD, emploi aidé ou vacataire.
- 30% des MS sont en temps partiel.
- L'ancienneté au sein de leur structure est en médiane de 2 ans.
- 38% des structures se disent en sous-effectif de MS.
- 37% font part d'une gestion économique difficile au quotidien.
- 26% des MS présentent la revalorisation salariale en besoin prioritaire.

LES MEMBRES DU COLLECTIF DEMANDENT AUX POUVOIRS PUBLICS FRANÇAIS DE :

4.1 Stabiliser les emplois de médiation en santé par des moyens financiers supplémentaires et pérennes.

4.1.1 Assurer, aux différentes échelles territoriales, le financement pérenne des postes de médiateur-rices en santé via des canaux stables, lisibles et adaptés¹² : financement conventionnel via l'assurance maladie, dotations hospitalières, ONDAM spécifique, etc.

4.1.2 À court terme, augmenter les budgets de l'Etat dédiés à la médiation en santé type ARS, Dihal2, en :

- Ouvrant des crédits d'expérimentation aux structures qui souhaitent ouvrir des postes de médiateur-rices en santé ;
- Privilégiant les financements pluriannuels type CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

4.1.3 S'assurer que les financements dédiés à la médiation en santé financent l'encadrement et l'accompagnement des équipes.

4.1.4 Rendre éligible à la « prime Ségur », avec compensation financière de l'État, l'ensemble des postes de médiateur-rices en santé, quel que soit le statut de la structure employeuse.

4.2 Déployer la médiation en santé sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer).

4.2.1 Assortir la stratégie nationale de déploiement et de pérennisation de la médiation en santé d'une feuille de route et de financements dédiés à sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation.

4.2.2 Mettre en place, en coordination et co-construction avec les acteur-rices concerné-es, un diagnostic national évaluant les besoins en médiation en santé à l'échelle des territoires et bassins de vie.

4.2.3 Soutenir les initiatives existantes de structuration territoriale de la médiation en santé et encourager l'émergence de dynamiques dans les territoires non couverts.

4.2.4 Inscrire, dans les structures concernées par un cahier des charges national, un effectif minimal de médiateur-rices en santé proportionnel au nombre de personnes prises en charge par la structure, à l'instar du dispositif ACT Un chez soi d'abord.

4.3 Vérifier au moment de l'octroi des financements publics dédiés à la médiation en santé que les structures qui prétendent aux financements :

- Veillent au respect du cadre éthique des conditions de mise en œuvre de la médiation en santé (recommandation 1.3) ;
- Intègrent la médiation en santé dans leur projet global ;
- Disposent de fiches de poste de médiateur-riche en santé qui correspondent au référentiel métier.

NOTES

¹ La médiation en santé figure en ce sens parmi les interventions engagées par la Stratégie Nationale de Santé 2023-2030 (à ce jour soumise à la consultation publique). Par ailleurs, les Agences Régionales de Santé ont charge de son déploiement sur les territoires via la mise en œuvre des Programmes Régionaux de Santé.

² IGAS *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider*, Juillet 2023 ; ministère de la Santé et de la Prévention, *Expérimentation, accompagnement de l'autonomie en santé - Rapport de fin d'expérimentation*, Octobre 2023.

³ Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés par exemple), ambulatoires (pour les soins dits « de ville »). Grâce à l'efficacité de son organisation, à l'implication quotidienne de ses professionnels – médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs, sociaux – et à sa propension naturelle à innover, il est considéré comme un système d'excellence, reconnu comme tel au niveau international.

⁴ HAS, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, 2017.

⁵ Exemples : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorables, confrontation à des discriminations, précarité, méconnaissance du système de santé, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique, etc.

⁶ Le recours aux services de santé est un concept intégrant la reconnaissance d'un besoin de santé, l'intention d'aller consulter et l'utilisation effective du système de santé.

⁷ Capacité de pouvoir faire des choix que la personne juge valable par elle-même et non des choix imposés par autrui.

⁸ Richard E, Cambon L, Vandentorren, *Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins de santé des populations éloignées du système de santé*, <http://www.theses.fr>. 2024.

¹¹ Richard E, Cambon L, Vandentorren, *Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins de santé des populations éloignées du système de santé*, <http://www.theses.fr>. 2024.

⁹ Étude sur le cadre professionnel des médiateur-rices en santé (C-pro-MS), *Médiatrices et médiateurs en santé : une professionnalisation inachevée à poursuivre immédiatement*, FNASAT et Sidaction, 2024.

¹⁰ En tenant compte des acquis de la médiation sociale (dont elle partage un socle commun : posture, principes d'intervention...) et les travaux actuellement engagés sur sa professionnalisation.

¹¹ Richard E, Cambon L, Vandentorren, *Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins de santé des populations éloignées du système de santé*, <http://www.theses.fr>. 2024.

¹² En veillant à ce que ces financements incluent toutes les populations en situation de vulnérabilité quel que soit leur statut administratif.

MEMBRES DU COLLECTIF POUR LA PROMOTION DE LA MEDIATION EN SANTE

Structures

- Acceptess-T
- ADAPGV 86
- ADER Guyane
- Afrique Avenir
- Aides
- ALS
- Amitiés tsiganes
- Arcat
- ASAV 92
- Basiliade
- Cabiria
- CCSBE
- CODEPS 13
- Comede
- Comité des familles
- CRPV de Guyane
- Envie
- Fondation NEHS
- FNASAT-GV
- France Médiation
- Ikambere
- Institut Renaudot
- Itinérance 22
- La CASE
- La Case de Santé
- LaFédé
- Les Forges
- Marie Madelaine

- Médecins du Monde
- Migrations Santé France
- PASTT
- Prospective et Coopération
- RAGV
- Rive
- RSMS
- SAMU Social de Bordeaux
- Service santé publique de la Ville de Marseille
- SFLS
- Sidaction
- SPILF

Médiateur·rices en santé

- Alexandre BAROIN
- Matthias BINGHAM
- Adeline BOUGHNISA
- Manon BOURAUD
- Amélie CAILLON
- Marie CARDIN
- Laurie DEGRAVE

- Alix DELORME
- Herminia GONZALES AREVALO
- Guillemette HANNEBICQUE
- Julan HUANG
- Perrine LEBOSSÉ
- Shujing LIU
- Irakli LOMINADZE
- Claudia MARCHETTI
- Maëlis NIVET
- Maria SACRAMENTO
- Ruth-Yadline SANON
- Olivia SPEED
- Cédric SUAT

Personnes qualifiées

- Fanny BORDEIANU
- Pr Olivier BOUCHAUD
- Dr Elodie RICHARD
- Pr Nicolas VIGNIER

AUTRES SIGNATAIRES

Contact :
collectifmediationensante@gmail.com