



HAL
open science

Condition d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé

Elodie Richard

► **To cite this version:**

Elodie 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. Français. NNT : 2023BORD0403 . tel-04402711

HAL Id: tel-04402711

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

Submitted on 18 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
**DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE
SPÉCIALITÉ SANTÉ PUBLIQUE

Par Elodie RICHARD

LA MEDIATION EN SANTE

**Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux
services de santé des populations qui en sont éloignées**

Sous la direction de : Stéphanie VANDENTORREN et Linda CAMBON

Soutenue le 8 décembre 2023

Membres du jury :

M. Delpierre Cyrille
Mme Jauffret Marie
Mme Douine Maylis
M. Rebaudet Stanislas

Directeur de recherche, Inserm UMR 1295
Chargé de recherche, EHES
PUPH, CIC Antilles-Guyane Inserm1424
Médecin, Inserm SESSTIM

Examineur
Rapportrice
Rapportrice
Examineur

Membres Invités :

Mme Vandentorren Stéphanie
Mme Cambon Linda

Médecin Epidémiologiste, Inserm UMR1219
Titulaire Chaire de prévention, Université de Bordeaux

Directrice de thèse
Directrice de thèse

Résumé

La médiation en santé est une intervention qui peut promouvoir le recours aux services de santé. Elle associe des pratiques diverses nécessitant une adaptation constante à un contexte socialement mouvant à la frontière entre les secteurs sanitaire, social et politique. A notre connaissance, aucune étude n'a encore démontré expérimentalement son efficacité. Partant de ce postulat, certains auteurs appellent à définir, en amont de toute évaluation, un cadre d'analyse. L'objectif était d'élaborer un cadre d'analyse de la médiation en santé et de formaliser un protocole d'étude pour évaluer l'efficacité de la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

Nous avons conduit une recherche interventionnelle en santé des populations en quatre étapes. Nous avons mené un processus de mobilisation de connaissance intégré entre acteurs de terrain, décideurs et chercheurs, selon une approche réaliste. Nous avons débuté par la mobilisation de savoirs théoriques par une revue exploratoire de la littérature sur les éléments de contexte et les mécanismes de la médiation en santé (Etape 1). Nous avons complété notre compréhension par l'élaboration d'un méta-modèle avec les mécanismes théoriques du recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées (Etape 2a). Puis nous avons poursuivi par la mobilisation de savoirs expérientiels avec une étude qualitative auprès des personnes éloignées du système de santé pour appréhender l'effet de ces mécanismes sur le recours aux services de santé (Etape 2b). Nous avons ensuite déterminé la taxonomie des activités de médiation en santé et les hypothèses nécessaires à la faisabilité et au succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé par une étude qualitative auprès des acteurs. Puis nous les avons validées et ajustées par des ateliers collaboratifs (Etape 3).

Les médiateurs en santé réalisent des activités regroupées en trois dimensions : la structuration territoriale de la médiation en santé, la navigation dans le système de santé et la coordination des actions de réponse en lien avec une communauté de pratiques. Le cadre d'analyse est composé d'un cadre conceptuel et d'un système interventionnel de la médiation en santé. Le cadre conceptuel de la médiation en santé met en évidence les éléments contextuels et interventionnels, et les mécanismes qui contribuent à son effet. Le système interventionnel de la médiation en santé permet de comprendre comment la médiation en santé fonctionne, en expliquant les relations dynamiques entre les dimensions de la médiation en santé, leurs mécanismes et les résultats a priori obtenus.

Les leviers d'intervention auprès des populations éloignées du système de santé sont de pouvoir agir sur les déterminants structurels de santé et de valoriser le développement de l'empowerment collectif en vue d'agir pour une transformation sociale afin de lutter contre les causes structurelles d'un défaut de soins et de prévention des populations éloignées du système de santé. Toutefois, la médiation en santé reste une organisation frontière vacillante, normative et palliative et limitée par une

professionnalisation inachevée. Des préconisations sont donc formulées en vue de soutenir sa mise en œuvre et son évaluation pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

Mots clés : Médiation en santé, populations éloignées du système de santé, recours aux services de santé, recherche interventionnelle en santé des populations, évaluation réaliste

Effectiveness conditions of health mediation fostering healthcare utilization by underserved populations

Abstract

Health mediation is an intervention aimed at fostering healthcare utilization. It combines a variety of practices requiring constant adaptation to a socially shifting context at the frontier between the health, social and political sectors. To our knowledge, no study has yet demonstrated its effectiveness in an experimental setting. Based on this premise, some authors highlighted the need for a solid conceptual framework - upstream of any evaluation. Our aim was to develop a framework for analyzing health mediation and to formalize a study protocol for assessing the effectiveness of health mediation in fostering healthcare utilization by underserved populations.

We conducted a four-step population health intervention research. Using a realist approach, we carried out an integrated knowledge mobilization process involving stakeholders in the field, decision-makers, and researchers. We began by mobilizing theoretical knowledge through a scoping review on the contextual elements and mechanisms of health mediation (Step 1). We completed our understanding by developing a meta-model with theoretical mechanisms fostering healthcare utilization by underserved populations (Step 2a). We then mobilized experiential knowledge through a qualitative study among underserved persons to identify the effect of these mechanisms on healthcare utilization by underserved populations (Step 2b). We determined the taxonomy of health mediation activities and identified the hypotheses necessary for the feasibility and success of health mediation in fostering healthcare utilization by underserved populations, using a qualitative study among actors. We then validated and adjusted them through collaborative workshops (Step 3).

Health mediators carry out activities grouped into three dimensions: the territorial structuring of health mediation, the coordination and steering of response actions, and healthcare system navigation in conjunction with a community of practice. The analytical framework consists of a conceptual framework and an interventional system of health mediation. The conceptual framework of health mediation highlights the contextual and interventional elements, and the mechanisms that contribute to its effect. The health mediation intervention system helps us to understand how health mediation functions effectively, by explaining the dynamic relationships between the dimensions of health mediation, their mechanisms and the a priori results obtained.

Acting on structural determinants of health and enhancing the development of collective empowerment with a view to acting for social transformation to tackle the structural causes of a lack of care and prevention by underserved populations are its two major intervention levers. However,

health mediation is a shaky, normative, and palliative frontier organization, limited by incomplete professionalization. Recommendations are therefore put forward to support its implementation and evaluation to foster healthcare utilization by underserved populations.

Keywords: Health mediation, Underserved populations, Healthcare utilization, Realist evaluation, Population health intervention research

Bordeaux population health

U1219, 146 Rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux

Remerciements

Je tiens à remercier mes directrices de thèse Stéphanie Vandentorren et Linda Cambon. Je souhaite leur exprimer toute ma gratitude pour leur confiance et leur accompagnement dans cette « folle » aventure ou plutôt mon troisième accouchement. Quelle aventure ! Je me souviendrai toujours de nos premières rencontres respectives, comme ces premières fois qui marquent une vie. J'ai tout de suite su que je voulais poursuivre avec vous deux. Durant ces trois années, j'ai vécu et trouvé, avec votre soutien, ce que je suis venue chercher. Vous avez toujours veillé à mon plein épanouissement professionnel et forcément personnel. Je me suis sentie en confiance pour plonger au fond de moi-même (à défaut des océans) et trouver les ressources pour traverser les abîmes du doctorat et mener ce travail à son terme.

Je voudrais également remercier les membres du jury, Cyrille Delpierre pour avoir accepté de présider mon jury de thèse, Marie Jaffret Roustide et Maylis Douine pour avoir pris le temps de lire mon travail et d'avoir accepté d'en être les rapporteurs et Stanislas Rebaudet pour avoir accepté d'examiner cette thèse.

Je tiens à remercier le dispositif CIFRE pour le financement de cette thèse. J'ai l'ai donc réalisé au sein de deux équipes : une équipe universitaire du centre BPH (équipe PHAREs), et le pôle santé de la FNASAT-GV. Merci à vous de m'avoir accueilli parmi vous. Je tiens à remercier particulièrement Laurent Elgozhi, Stéphane Lévêque et Frédérique Quirino-chaves de la Fnasat-GV d'avoir cru en ce projet et pour votre confiance indéfectible.

Originaire de Nouvelle Calédonie, après 15 ans d'expérience professionnelle de sage-femme en milieu « très » isolé dans le Pacifique sud, je tiens à remercier le Gouvernement de Nouvelle Calédonie et particulièrement Valentine Eurisouke, chargé de la santé, la jeunesse et des sports, pour votre engagement autour de la santé publique de « demain » et le programme Cadre avenir pour m'avoir soutenu financièrement dans ce projet. Je tiens vivement à remercier Pierre, Pascale et Isabelle pour m'avoir aidé à concevoir ce projet, soutenu dans toutes les épreuves pour le concrétiser et m'encourager, de loin, tout au long de cette reprise d'étude. Sans oublier, Nathalie, David, Mae et Soan pour m'avoir laissé murir ce projet sur votre canapé entre deux gardes !!

Je tiens à remercier les enseignants du Master 1 et Master 2 Epidémiologie de l'ISPED. Particulièrement Mme Marianne Saves et Mme Karen Leffondré pour m'avoir donné goût à l'épidémiologie. Que c'est rassurant les chiffres ! J'en profite donc pour remercier les Queens girls (Anna et Naia), mes collègues de bureau (Gilles, Aude, Pauline, Arnaud, Sahar, Nathan, Séverine), mes collègues de l'équipe MERISP (Judith, Leila, Garance et Annabelle) et mes amies (Cassou, Laurianne, Agate, Natacha, Maeva,..). Merci d'avoir partagé cette aventure avec moi, de vos soutiens dans les moments de doutes et encouragement pour tout le reste.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui mettent en œuvre ou sont concernées par la mise en œuvre de la médiation en santé avec qui j'ai travaillé, et particulièrement les médiateurs et médiatrices en santé et les personnes éloignées du système de santé que j'ai rencontré. Merci pour le partage de vos très riches expériences, vos réalités, vos doutes et vos espoirs. Merci pour votre confiance ! Spécial dédicaces pour Muriele et Frédérique telles des fées qui accompagnent et bousculent les idées reçues.

Viens maintenant à remercier ma famille et ma belle-famille. Je n'y serai jamais arrivée sans vous tous. Merci du fond du cœur. On peut dire que l'oiseau a enfin cassé sa coquille, n'est-ce pas maman ! Spéciale clin d'œil à Mila et Luca que j'ai eu la chance de voir grandir durant ces années... Si si c'est important quand on vient de loin, tati Lod sera toujours là

Et comment remerciez mes enfants ! Moana et Maelle. J'ai conscience de vous avoir bousculer dans votre quotidien. Maintenant, vous savez vivre à la ville et, plus que tout, vous savez que tout est possible à condition de s'en donner les moyens. Votre vie sera celle que vous en ferez. Je vous souhaite de vivre vos propres aventures. A vous les études supérieures maintenant ! Heureusement je n'y suis plus

Et le meilleur pour la fin, ludo, mon amour, mon phare, l'explorateur de notre famille !! Merci d'avoir cru en ce projet, de m'avoir soutenu, encouragé, déchargé, aimé et d'avoir attendu pendant cinq ans à mes côtés. Nous avons l'habitude de sortir de notre zone de confort, on peut dire que nous nous sommes réinventés dans celle-ci. Hâte de découvrir où le vent va nous mener !

Vous l'aurez compris merci à tous et à bientôt pour de nouvelles aventures !

Valorisation scientifique

Articles dans le cadre du projet de thèse

Richard E., Vandentorren S-Cambon L, Conditions for the effectiveness of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review. *BMJ Open*, 2022, 10. doi: [10.1136/bmjopen-2022-062051](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062051)

Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2024, 14. (Under review)

Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization? : a Realist Qualitative Study. *BMC public health*, 2024, 20. (Under review)

Richard E-Perret G., Ramiz L, Quirino-Chaves F., Cambon L., Martin Fernandez J-Vandentorren S. Realist evaluation of the impact of health mediation on underserved populations' healthcare utilization and cancer screening uptake: the ECEMSo case study protocol. *BMJ Health services research*. 2024, 20. (Submitted)

Autres articles et documents de recherche

Domecq S & Ben-Roummane H, Richard E, Sevin F, Lesaine E, Plas M, Pradeau P, Vandentorren S, Saillour-Gléniçon F. Individual and collective factors associated with the primary healthcare use of acute myocardial infarction patients in a French region (en préparation)

Descarpentrie A, Poquet D, Brugailleres P, Sauvegrain P, Frenoy P, Richard E, Bernard J, Lauzon-Guillain B, Vandentorren S, Lioret S, Is breastfeeding duration related to the health of migrant mother-child dyads experiencing homelessness? The ENFAMS cross-sectional survey, *European Journal of Public Health*, 2023; cckad096, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad096>

Mosnier E, Artigas F, Richard E, Hoyer M, Michels D, Vandentorren S, Girard G, Nagot N, Regnault H, Mosnier M, Inegbeze G, Roux P, Spire B, Eldin C. Effectiveness of a Community Empowerment intervention to Improve Access to Pre-exposure Prophylaxis in Migrant Women Sex Workers: Protocol for a Mixed Methods Implementation Study. *JMIR Res Protoc* 2023;12:e42844 doi: [10.2196/42844](https://doi.org/10.2196/42844)

Richard, E, Vuillermoz, C, Lioret S, Berrocal R, Guyavarch E, Lambert Y, Azria E, Leffondre K, & Vandentorren S. Social determinants of inadequate prenatal care utilization in sheltered homeless mothers in the Greater Paris area in France. 2023. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1080594>

Vandentorren, S., Shah, J., Richard, E., Laporte, A., Allaire, C., Desenclos, J., Hamel, E., & Benavides, M. (2022). Lutte contre la covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : Partage des connaissances sur les stratégies de vaccination. *Santé publique France*, 32. www.santepubliquefrance.fr

Richard E et Vandentorren S. Accompagnement des Gens du voyage face à la pandémie de Covid-19 : l'apport de la médiation en santé. *La Santé en action*, 2022, n°. 460, p. 37-38. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/accompagnement-des-gens-du-voyage-face-a-la-pandemie-de-covid-19-l-apport-de-la-mediation-en-sante>

Richard E, Brabant G, Autes E, Ramel V, Vandentorren S. 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. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 35 p. Disponible à partir de l'URL: www.santepubliquefrance.fr

Richard E, Vandentorren S. Investigation écosystémique de cas groupés au sein d'une population vulnérable s'appuyant sur la médiation en santé : illustration avec la COVID-19. Saint-Maurice :

Santé publique France, septembre 2021. 5 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

Communications orales scientifiques

Conditions for the effectiveness of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review, 17ème Congrès mondial de Santé Publique, Rome, Mai 2023

Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins des personnes éloignées du système de santé, Congrès SFLS, Paris, Novembre 2022

Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins des personnes éloignées du système de santé, 24^{ème} Conférence internationale de promotion de la santé organisée par International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), Montréal, Mai 2022

Conditions d'efficacité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins des personnes éloignées du système de santé, Journée doctoral EDSP2, Bordeaux, 2022

Protocole de l'étude des conditions d'efficacité de la médiation en santé afin de favoriser le recours aux soins des populations éloignées du système de santé, Séminaire Recherche Interventionnelle en Santé des Populations organisé par l'Institut National contre le Cancer (INCA), à distance, 2021

Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine 2020 : Investigation de clusters complexes par la médiation en santé, Congrès Société Française de Santé Publique, Poitiers 2021

Apport de la médiation en santé à l'Investigation de clusters complexes, Jeudi Santé Publique France, 2020

Communications affichées

Realist evaluation of the health mediation impact on underserved populations' healthcare and cancer screenings utilization: the ECEMSo-case study protocol, 17ème Congrès mondial de Santé Publique, Rome, Mai 2023

Bourse et Prix scientifiques

2021-2024 : Bourse Doctorale, Conventions Industrielles de Formation par la Recherche (CIFRE), ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Prix jeune chercheur du Collège National des Sage-Femme en 2022 : Etude des déterminants sociaux du suivi prénatal inadéquat des femmes sans logement en Ile de France

Rapport opérationnel

Richard E., Contexte d'émergence de la médiation en santé, 2022, 15p

Quirino Chaves F., Richard E., Place de la santé des Gens du voyage et de la médiation en santé dans les PRAPS 2018-2023, 2023, 35p

Richard E., Cossais S. Etude du cadre professionnel des personnes en médiation en santé en France : rapport, 2023, 15p http://www.fnasat.asso.fr/NR-etude-C_Pro_MS_VF.pdf

Table des matières

Résumé.....	2
Abstract	4
Remerciements.....	6
Valorisation scientifique	8
Table des matières.....	10
Liste des abréviations	12
1 Contexte	13
1.1 La médiation	13
1.1.1 La médiation comme objet, technique ou personne intermédiaire	13
1.1.2 Un mode de régulation sociale : régler des « différends » et/ou des « différences »... ..	15
1.2 Contexte d'émergence de la médiation en santé	16
1.2.1 Une intervention d' <i>empowerment</i> (i.e., encapacitation) communautaire à l'intérieur du système de soins.....	16
1.2.2 Une intervention de régulation du lien social	18
1.3 La médiation en santé	23
1.3.1 Une première phase expérimentale en France sur fond de militantisme.....	23
1.3.2 Définition et cadrage institutionnel en France	24
1.3.3 Une intervention prometteuse pour favoriser le recours aux services de santé des populations les plus éloignées.....	28
1.4 Objectif de la thèse.....	28
2 Méthodologie générale	30
2.1 Cadrage théorique et méthodologique de la recherche	30
2.1.1 Le système interventionnel	30
2.1.2 Elaboration d'une méthode basée sur l'approche réaliste.....	31
2.2 Une recherche hybridant savoirs théoriques et expérientiels	33
2.2.1 Différents types de « connaissances » et « savoirs »	34
2.2.2 Une approche axée sur l'interaction sociale	35
2.2.3 Un processus de production de connaissances entre acteurs de terrain, chercheurs et décideurs.....	37
2.3 Développement du cadre d'analyse : méthodes employées dans le processus de production de connaissance selon une approche réaliste.....	40
2.3.1 Plan de la recherche et méthodes spécifiques.....	40
2.3.2 Les observations participantes	41
3 Résultats	44
3.1 Etape 1 : Conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.....	44
3.1.1 Synthèse	44
3.1.2 Article	45
3.2 Etape 2 : Mécanismes de la médiation en santé favorisant le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé : une étude qualitative fondée sur la théorie	54
3.2.1 Synthèse	54

3.2.2	Article	55
3.3	Etape 3 : Configurations Contexte-Mécanismes-résultats à priori nécessaire à l'effet de la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées : une étude qualitative réaliste.....	67
3.3.1	Synthèse.....	67
3.3.2	Article.....	69
3.4	Etape 4 : Evaluation de la médiation en santé, un exemple.....	91
4	Discussion	92
4.1	Synthèse des résultats	92
4.2	Un lien étroit entre les mécanismes de la médiation en santé et ceux de l'empowerment.	94
4.3	Des conditions de faisabilité et de succès aujourd'hui trop fragiles	96
4.3.1	Face à une organisation vacillante, normative et palliative, un engagement politique plus juste à promouvoir	96
4.3.2	Une possibilité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé sous contraintes.....	99
4.3.3	L'enjeux de finaliser une professionnalisation inachevée	102
4.4	Forces et Limites.....	106
4.4.1	Forces.....	106
4.4.2	Limites	107
4.5	Perspectives.....	108
4.5.1	Comment soutenir la mise en œuvre de la médiation en santé ?	108
4.5.2	Comment évaluer la médiation en santé ?.....	112
5	Conclusion	115
6	Bibliographie.....	116
	Annexe 1: Guide d'observation	123
	Annexe 2 : Note de recherche sur les conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé en santé	124
	Annexe 3 : Taxonomie des activités réalisables par les médiateurs et médiatrices en santé	126
	Annexe 4 : Protocole d'étude	131
	Annexe 5 : Outils de collecte des données.....	147

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCAS : Centre Communal d'action sociale

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

Ce : Contexte externe à l'intervention

CeCiMO : Configuration Contexte externe et interne à l'intervention-Mécanisme-Résultat

CMO : Configuration Contexte-Mécanisme-Résultat

Ci : Contexte interne à l'intervention

CIV : Comité interministériel des villes

CPMS : Collectif pour la promotion de la médiation en santé

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DASS : Direction des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

Fnasat-GV : Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage

HAS : Haute autorité de santé

IMEA : Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

M : Mécanisme

MSP : Médiateur de santé publique

MRC : *Medical Research Council*

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures

PNMS : Programme national de médiation en santé

PRAPS : Programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis

O : Résultat

ROME : Répertoire opérationnel des métiers et des emplois

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TDE : *Theory-driven evaluation*

1 Contexte

1.1 La médiation

1.1.1 La médiation comme objet, technique ou personne intermédiaire

La médiation est issue du latin « *mediare* », intermédiaire entre deux éléments physiques ou symboliques : « un milieu ». Ainsi, ce rôle d'intermédiaire peut être assuré par une personne, un objet ou une technique, être qualifié de médiateur et travailler à la mise en œuvre d'une médiation (1). Un certain nombre de travaux sur la notion de médiation, montre qu'elle fait généralement l'objet de trois « usages¹ » (2):

- « Un usage ordinaire » : activité de mise en accord de partis ayant un différend assurant ainsi une conciliation ou une réconciliation entre eux. Un deuxième sens ordinaire insiste sur la médiation comme action de servir d'intermédiaire ou d'être ce qui sert d'intermédiaire : ainsi, elle produirait « un quelque chose de plus, par exemple un état plus satisfaisant » (3).
- « Un usage opératoire » : processus spécifique le plus souvent qualifié de médiatique, culturel, pédagogique, technique... ou institutionnel selon deux approches. Une approche « politique » visant à fabriquer du « consensus » et une approche sociologique dans le cas des médiations sociales.
- « Un usage scientifique » : entité qui assure la dialectique entre l'individuel et le collectif. Elle est considérée comme une instance qui facilite l'articulation entre le sujet et sa singularité, ainsi que la dimension collective de la communication, de la sociabilité et du lien social (3). La dialectique, dans ce contexte, se réfère à une approche qui met l'accent sur les relations et les interactions dynamiques entre des éléments opposés ou contradictoires. Dans la définition donnée, la dialectique de la médiation fait référence à la manière dont elle permet de concilier et de relier le sujet individuel d'une part, et la dimension collective de la sociabilité et du lien social d'autre part. C'est une approche qui reconnaît et intègre à la fois les aspects individuels et collectifs dans la compréhension et la pratique de la médiation » (2).

En première approche, Davallon et al. (3) la définissent comme une activité de communication, selon eux, la médiation se caractérise par la présence d'un « élément tiers... sa marque distinctive » et qu'elle recouvre « quatre caractéristiques génériques² » (3) :

¹ Les usages se réfèrent à la façon dont quelque chose est utilisé ou appliqué dans des contextes spécifiques.

² « Les caractéristiques génériques décrivent les attributs fondamentaux qui définissent le concept ou le phénomène de manière générale » (2).

- « Elle produit toujours plus ou moins un « effet » sur le destinataire de la communication. Celui-ci est un bénéficiaire respecté, valorisé comme sujet et non pas instrumentalisé.
- L'objet, l'acteur ou la situation de départ subit une modification du fait qu'il est intégré dans un autre contexte.
- L'opérateur de l'action (l'élément tiers en tant que médiateur) est certes tantôt une action humaine, tantôt objectivé sous forme de dispositif, tantôt les deux, mais quoi qu'il en soit, il y a presque toujours débat sur sa forme et sa nature.
- L'action de l'élément tiers a toujours un impact sur l'environnement (le plus souvent l'environnement social) dans lequel la médiation se situe » (2,3).

La médiation se différencie selon 4 types : (i) « celle qui informe, (ii) celle qui aide à la communication, (iii) celle qui aide à résoudre un conflit, (iv) celle qui introduit des changements dans les institutions ou tout simplement qui les perméabilise à d'autres façons de voir et de faire » (1). Elle peut donc être :

- « Une approche dans un champ professionnel particulier,
- Un support/un média (médiation artistique, outils de médiation, médiation par le film, une technologie...) où le tiers est un objet et où, si intervenant il y a, il accompagne le processus par son altérité,
- Un processus de socialisation et d'accès à la culture, aux soins, ... où l'intervenant, remplit une fonction de passeur, de facilitateur,
- Une posture et des préceptes particuliers inspirant une pratique où le tiers, bien qu'incarné, est parfois un peu flou,
- Un processus de régulation sociale où le tiers, issu d'un dispositif, est une fonction incarnée, celle de médiateur » (2).

Le terme « médiation » est utilisé chaque fois qu'il est nécessaire de décrire une action qui entraîne une modification de la situation ou du mode de communication. Face à la nécessité de mise en réseau et compte tenu de l'importance des discours dans la pratique de la médiation, il est tout à fait justifié d'examiner les relations entre la médiation et la communication. De plus, il est remarquable que, dans de nombreuses situations, la communication devienne un élément central de la médiation, comme c'est le cas en médiation familiale. En revanche, dans le contexte de la médiation exercée par le médiateur de la République, c'est la médiation elle-même qui prédomine sur la communication. Quelle que soit l'importance attribuée à l'un ou à l'autre, il est indéniable que la médiation évolue en parallèle avec la communication, que l'on comprenne ici comme à la fois la transmission d'informations et les interactions entre les parties impliquées (1).

Cependant, il est important de souligner l'existence de frontières distinctes entre ces deux concepts. La communication repose sur l'établissement d'une connexion entre deux individus, deux objets ou entre des individus et des objets (2). En revanche, la médiation introduit un élément tiers, qu'il s'agisse d'une personne ou d'une technologie, qui a la capacité d'améliorer et de faciliter la résolution des points de friction et des obstacles entre ces deux entités. En somme, selon Haschar-Noe N. et al (2), la médiation agit comme un « passeur » humain ou technique devenu essentiel dans ce processus (1). La médiation ne se développe pas en opposition à la communication, mais plutôt au sein du système de communication, où leur coopération repose sur leur complémentarité (1,2).

1.1.2 Un mode de régulation sociale : régler des « différends » et/ou des « différences »

Dans la littérature, deux approches complémentaires des « médiations » émergent (4,5), entraînant la mise en œuvre de deux catégories de dispositifs (1).

La première approche considère la médiation dans sa dimension instrumentale, avec pour objectif de traiter ou de prévenir des « différends », c'est-à-dire des conflits. Cette approche est associée à des dispositifs spécifiques, par exemple sur le plan juridique, qui permettent de réguler une situation de tension entre les parties impliquées dans le différend. Selon Balmer A. et Hebert J. (4), c'est par cette approche de la médiation que, dans la plupart des cas, la médiation est initialement mise en œuvre (4).

La deuxième approche considère la médiation comme une pratique qui favorise la création de liens sociaux, y compris lorsque ceux-ci sont distendus et doivent être restaurés. Dans cette perspective, la cible de la médiation devient les « différences » qui sont à l'origine de toute construction sociale. Selon Rouzé et al. (1), toutes les formes de médiation oscillent entre ces deux approches, en ajustant le curseur entre l'une et l'autre en fonction des situations et des stratégies poursuivies (1). De cette manière, les dispositifs de médiation qui sont mis en œuvre tendent à se spécialiser vers l'une ou l'autre facette de la médiation, en fonction de la vision privilégiée. Certains dispositifs se concentrent davantage sur la résolution de conflits spécifiques, tandis que d'autres visent à favoriser la construction de liens sociaux et la gestion des différences (2).

La médiation se définit ainsi :

- « il s'agit, dans la majeure partie des cas, par une présence sociale de proximité, de travailler à la réappropriation des normes de la société et à la recréation de liens sociaux, entre les habitants et les institutions, mais également entre les habitants eux-mêmes, entre générations notamment, mais également entre voisins et entre cultures différentes. La médiation se présente ainsi comme un véhicule de réinvestissement de l'espace public (au sens physique et

symbolique) et de sa réappropriation collective. Elle se propose d'agir comme une pédagogie de la vie sociale » (6).

L'activité de médiation consisterait à travailler au développement ou renforcement du lien social en mobilisant la participation des personnes et en développant des capacités auprès des acteurs, de manière individuelle et collective (4). Le médiateur est un tiers neutre, indépendant et non soumis à des influences externes (7). Ces champs d'intervention sont vastes et variés comprenant la médiation familiale, communautaire, sociale, sanitaire, dans le secteur public, contractuelle, dans le domaine politique intérieure et pénale (8). En somme, la médiation a évolué pour devenir une approche à part entière avec des pratiques spécifiques de résolution de conflits et de régulation sociale.

En résumé, la médiation émerge en tant que discipline distincte à la fin du XXème siècle et devient un concept majeur qui acquiert aujourd'hui une importance sociale, nécessitant ainsi des efforts théoriques sérieux (5). Elle se développe en tant que pratique de régulation et mode alternatif de résolution de conflits, englobant une dimension sociale de plus en plus importante (8).

1.2 Contexte d'émergence de la médiation en santé

1.2.1 Une intervention d'*empowerment* (i.e., encapacitation) communautaire à l'intérieur du système de soins

Le développement de dispositifs renouvelant les formes de travail dans le secteur de la santé a longtemps été peu pensé dans le système de soins français (9). D'abord, depuis la commercialisation des antibiotiques et jusqu'à l'apparition de l'épidémie de VIH+ et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), l'approche biomédicale (i.e., la santé est principalement limitée aux soins curatifs) s'est imposée dans le monde de la santé accentuée par la domination du pouvoir du sachant médecin (10). En effet, au début du XXème siècle, l'exclusion ou la subordination progressive des autres soignants de l'exercice de la médecine a eu pour conséquence de concentrer le pouvoir médical, tout en retirant par la même occasion un levier de négociation important aux malades. L'unification de la profession médicale et la solidarité intra professionnelle qu'elle a engendrée n'ont fait que le renforcer. Ceci généralisa une relation de soin inégalitaire dans laquelle le ou la malade n'avait, bien avant l'épidémie de VIH/SIDA, d'autre choix que d'adopter le rôle social de patient : celui d'un être « passif » obéissant, soumis aux ordonnances du médecin (10). En ce sens, les pratiques de santé communautaire érigées en stratégie mondiale de santé publique dès les années 1980 (11) sont restées difficiles à mobiliser dans le système de soins français (12).

Ensuite, le système de soins français a été structurellement conçu selon un idéal d'universalisme, ce qui a longtemps rendu difficile de reconnaître et de discuter des problèmes d'accès aux droits, aux soins et à la prévention, et des discriminations rencontrées à différentes étapes des parcours de soins

et de prévention (13). De plus, les « inégalités passivement induites » par les conditions de vie précaires de certains groupes sociaux ont également été négligées (14). De surcroît, les secteurs de la santé et du social ont été cloisonnés et séparés l'un de l'autre. L'idéal d'universalisme dans le système de soins français a été caractérisé par une approche qui visait à fournir des soins de santé à tous, indépendamment de leur origine sociale ou de leur statut économique. Cependant, cette volonté d'universalisme a masqué les disparités et les inégalités réelles auxquelles sont confrontées certaines populations, en particulier celles exposées à des vulnérabilités sociales. Les difficultés d'accès aux droits, aux soins, à la prévention ainsi que les discriminations vécues par certains groupes sociaux, ont créé des barrières dans les parcours de soins et de prévention, contribuant ainsi aux inégalités en matière de santé (14). Ces inégalités sont souvent exacerbées par les conditions de vie précaires dans lesquelles se trouvent ces groupes sociaux (15). Les obstacles et cette invisibilisation des problèmes sociaux dans le système de santé (i.e., cloisonnement entre les secteurs de la santé et du social et peu de coordination et de collaboration entre eux) ont limité la capacité à aborder de manière intégrée les problèmes de santé et les déterminants sociaux de la santé (i.e., facteurs sociaux et économiques qui influencent les conditions de vie et donc la santé des personnes (16)) au sein du système de soins (16).

Afin de surmonter ces cloisonnements et de promouvoir une approche plus holistique de la santé, il est essentiel de reconnaître les inégalités et les discriminations existantes, de mettre en place des politiques et des pratiques qui visent l'amélioration des réalités sociales, et de favoriser la coordination et la collaboration entre les différents acteurs du système de soins et du social (17). L'épidémie VIH/Sida y a fortement contribué (18). Dès la fin des années 1980, l'épidémie du VIH/SIDA a mis en lumière non seulement les limites de l'intervention du secteur médical (et politique), mais aussi les inégalités sociales qui ont contribué à façonner l'épidémie. Les problèmes sociaux révélés par l'épidémie ont engendré de nouvelles approches en matière de santé publique (19) : notamment, l'accent a été mis sur l'accompagnement par les pairs en tant que principal mode d'intervention sociale face à l'épidémie (20), et les mobilisations associatives liées au VIH ont favorisé le recrutement d'assistantes sociales à l'hôpital (10). Ces évolutions ont marqué le début d'une convergence entre les domaines de la santé et du social (18). Il faut attendre l'année 1989 pour voir les autorités publiques commencer à travailler en collaboration avec les associations engagées dans la lutte contre le SIDA (10). Pendant ce temps, et depuis près d'une décennie, les regroupements et associations communautaires étaient en première ligne, face aux morts qui se multipliaient, à l'impuissance des médecins et au manque d'engagement des gouvernants. Ils durent donc se mobiliser pour faire entendre leur voix et réclamer de l'aide, mais aussi pour une réelle prise en compte de leur participation (10). En effet, il n'est alors plus seulement question de solidarité et d'agentivité (i.e., capacité d'un individu à agir en fonction de ce qu'il considère comme valable), mais aussi de faire reconnaître l'expérience et le savoir des malades comme une

autorité à part entière dans la relation de soin et plus largement dans l'exercice médical, qu'il soit clinique, préventif ou scientifique (recherche).

La médiation en santé s'inscrit dans ces pratiques de « care³ » qui se sont développées aux frontières du système de soins français tout en restant peu valorisées, notamment car destinées à et assumées par des populations invisibles, dépréciées voire discriminées. Les premiers postes de médiateur et médiatrice en santé étaient financés par les dispositifs adultes ou femmes relais à la fin des années 1990 (21). Ils étaient alors recrutés par des associations de patients au regard de leur similitude (habitant de quartier, pair ethnique ou biographique, ...) ou étant donné leur expérience de la maladie cible (e.g., Aides, Act UP, Association des hémophiles, ...). La médiation en santé est considérée, ici, comme une intervention d'empowerment communautaire comme défini par Wallerstein N. (22): « un processus d'action sociale qui favorise la participation des individus, des organisations et des communautés en vue d'accroître le contrôle individuel et communautaire, l'efficacité politique, l'amélioration de la qualité de vie communautaire et la justice sociale » (22). Les interventions d'empowerment plus collectives se distinguent de celles individuelles par leur focalisation sur une action sociale plus vaste et une mobilisation communautaire. Cependant, il est également possible qu'elles aient des effets sur l'agentivité personnelle grâce à des effets de ces interventions dans le domaine cognitif ou comportemental au niveau individuel (22).

Dans ce contexte, la médiation en santé a émergé, dans le système de soins, par le domaine des maladies infectieuses (VIH et les hépatites) puis s'est étendue auprès des populations socialement exclues. Elle s'étend désormais aux maladies chroniques telles que les cancers, le diabète, la drépanocytose, l'hypertension artérielle, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme, l'insuffisance rénale, la santé mentale, etc. Elle joue, également, un rôle dans la prévention des maladies et favorise la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'accès aux soins primaires (18).

1.2.2 Une intervention de régulation du lien social

1.2.2.1 De la médiation sociale...

Au départ, l'administration a promu la médiation institutionnelle, notamment en créant des médiateurs de la République dans les années 1970. Cependant, dans les années 1980, en raison de la crise économique, de l'augmentation du chômage et de la précarité, la médiation a évolué vers des aspects plus sociaux et culturels (23). Elle est devenue un moyen de recréer des liens sociaux dans les

³ Les activités du "care" en santé englobent des soins médicaux, infirmiers, émotionnels, éducatifs et préventifs, visant à répondre de manière bienveillante et globale aux besoins de chaque personne.

quartiers en difficulté, avec des initiatives centrées sur la médiation sociale pour prévenir l'insécurité, rapprocher les populations les plus défavorisées des institutions et favoriser leur insertion (2). Les « grands frères » et « femmes- relais » constituent les premières figures de ces « nouveaux » acteurs sociaux de proximité embauchés par les associations de quartier à vocation sociale (2,23). La médiation apparaît comme un mode « nouveau » de régulation sociale dans le cadre de la Politique de la ville dans les années 80, en excluant la médiation dite « conventionnelle » (e.g., médiation familiale, médiation juridique, médiation pénale) qui relève d'une autre approche de la médiation que celle de la médiation sociale (24).

Cependant, ces premières expériences de médiation sociale étaient souvent peu développées et se concentraient sur l'acquisition de la « paix sociale », parfois en recrutant des médiateurs en fonction de critères ethniques, sociaux ou territoriaux plutôt que sur leurs compétences spécifiques (7). De plus, il y avait un manque de formation et de supervision des médiateurs, ce qui limitait leur efficacité et leur légitimité. Le simple fait de recruter des médiateurs sans leur fournir les compétences adéquates ni les soutenir par une formation et un encadrement approprié limitait leur capacité à remplir leur rôle de manière efficace (2).

En 2001, après un séminaire de l'Union Européenne, une définition de la médiation sociale a été reconnue et acceptée par la France et le Comité interministériel des villes (CIV) (24).

- « Un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne dans lequel, un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose » (24).

Cette définition met l'accent sur la création et la réparation des liens sociaux, ainsi que sur le règlement des conflits de la vie quotidienne par un tiers impartial. Cette double définition rejoint celle formulée par de nombreux chercheurs en sciences sociales en particulier De Briant et Palau (25) :

- « La médiation se définit comme l'action de mettre en relation, par un tiers appelé médiateur, deux personnes physiques ou morales appelées médiées, sur la base de règles et de moyens librement acceptés par elles, en vue soit de la prévention d'un différend ou de sa résolution, soit de l'établissement ou du rétablissement d'une relation sociale » (25).

Pour les professionnels et experts se réclamant de la médiation sociale, leur approche se concentre sur le contact et la (re)création de liens sociaux. Elle a permis de mieux encadrer les pratiques de médiation sociale (2).

En suivant, la Chambre Professionnelle de la Médiation et de la Négociation, créée en 2008, a défini la médiation comme un processus visant à responsabiliser et autonomiser les personnes, qu'il y ait ou non un conflit (2).

En fin de compte, la médiation est définie de diverses manières, mais elle implique généralement la mise en relation de personnes par un tiers impartial pour résoudre des conflits, (re)créer du lien social et autonomiser les personnes (1). Depuis les années 2000, la médiation s'est axée sur deux principes clés « constituant le cœur de métier du médiateur » (2) :

- « **Aller vers** l'usager, l'habitant dont on sait que l'essentiel de sa difficulté est de ne plus pouvoir se déplacer, même pour faire valoir un droit légitime, ou encore de fuir quand la gestion d'un conflit nécessite d'affronter la réalité,
- **Faire avec** les personnes et non à leur place, car seule l'autonomie et la responsabilisation permettent de trouver les solutions durables aux problèmes » (24).

1.2.2.2 ... à la médiation en santé

Le terme « médiation en santé » peut avoir une dimension institutionnelle, notamment avec la création en 2009 du Pôle Santé et Sécurité des Soins au sein du Médiateur de la République. Ce Pôle complète les missions du médiateur des Commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, établies par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé (26). En général, ces missions institutionnelles sont confiées à un médecin médiateur médical, une fonction créée en 2005 par le Ministère de la Santé, dans le but de résoudre de manière amiable des « conflits » qui risquent de se transformer en litiges judiciaires. Il existe également des Commissions régionales de conciliation de l'indemnisation, indépendantes des établissements de soins. Dans ce contexte, on parle de médiation sanitaire ou hospitalière, qui vise à réguler les désaccords au sein des hôpitaux. Même si ce dispositif ne couvre pas tous les aspects des relations médicales, il représente une avancée vers une démocratie sanitaire et répond aux changements institutionnels hospitaliers ainsi qu'aux évolutions des politiques publiques centrées sur les usagers (8).

Cependant, au-delà de ces aspects institutionnels et de la résolution de conflits impliquant les patients et le système de santé ou les professionnels de la santé, la médiation en santé englobe des problématiques plus vastes liées à l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. De ce fait, elle présente des similitudes marquées avec la médiation sociale telle que définie précédemment.

- Les médiateurs de santé publique

L'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA) a introduit le terme « médiateurs de santé publique » pour désigner des personnes qui travaillent à la jonction entre le système de santé et les populations ayant des difficultés à accéder à la prévention et aux soins (21). Entre 2000 et 2005, l'IMEA

a mis en place un programme expérimental de formation et de suivi des médiateurs de santé publique en Ile-de-France, en Guyane, à Marseille et à Nice. Ce programme a été financé par la branche SIDA de la Direction générale de la santé (DGS). Sur le modèle de la médiation sociale et culturelle (9), la proximité des médiateurs de santé publique aux groupes sociaux les plus vulnérables était d'abord privilégiée dans cette formation, afin de rendre accessible la prévention et de rapprocher des soins les populations qui en sont éloignées. Puis l'offre de formation s'est diversifiée. La proximité sociale aux publics ciblés n'était plus un critère de recrutement au profit de la forte connaissance du public d'intervention.

En 2006, la DGS a mené une évaluation dans le but de décrire l'activité concrète des médiateurs de santé publique et les conditions de réussite de leurs actions de proximité, en utilisant une méthode qualitative (21). Cette évaluation a permis d'affiner la réflexion sur le référentiel de compétences nécessaires pour encadrer ou mieux définir l'exercice du « métier » de médiateur de santé publique. Plus précisément, l'évaluation avait également pour objectif de « tirer des enseignements de cette expérience, notamment en ce qui concerne les activités concrètes des médiateurs de santé publique, en vue d'une éventuelle généralisation de la fonction de médiation dans le domaine de la santé » (21).

Suite à une enquête menée auprès des médiateurs de santé publique, des employeurs et l'analyse de 12 études de cas, les auteurs du rapport d'évaluation proposent de regrouper deux types de médiateurs sous le terme générique de médiateur de santé publique. D'un côté, il y a les « médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé », et de l'autre, les « médiateurs de santé » qui travaillent exclusivement dans le domaine du soin (21). En analysant les entretiens, les auteurs ont identifié cinq facteurs constants de réussite, auxquels un sixième facteur s'ajoute. Ces facteurs de réussite sont considérés comme la base d'un référentiel de compétences et de rôle préliminaire pour le médiateur de santé publique. Ils sont résumés et exposés ci-dessous, où le premier facteur est essentiel pour que le deuxième puisse être utile, et ainsi de suite.

Les facteurs de réussite des médiateurs de santé publique étaient « (i) la connaissance intime des publics, la militance, (ii) l'implication personnelle, (iii) les compétences de communication, (iv) le réseautage (networking) , (v) le second degré du réseautage » (21). En complément de cette chronologie, l'évaluation a identifié un sixième facteur temporel : « la réussite dans le travail de médiation en matière de santé nécessite du temps » (21). Les auteurs ont qualifié la médiation comme une activité « artisanale plutôt qu'industrielle », impliquant l'utilisation de compétences personnelles (21). Ils ont souligné que cela différait radicalement d'un savoir-faire qui pourrait être acquis lors d'un stage et mis en pratique dès les premiers jours de l'emploi. La durée nécessaire dépendait des lieux et des modes d'intervention. Ils ont mentionné qu'il fallait généralement un à trois ans pour être pleinement efficace dans un poste de médiateur de santé publique (21).

Les auteurs soulignent également que ces six facteurs de réussite, liés aux compétences personnelles des médiateurs et à leur formation, ne peuvent seuls résumer toutes les conditions favorables à une médiation de santé publique « efficace ». Les capacités de gestion et d'implication de la structure qui emploie les médiateurs de santé publique sont également des facteurs déterminants (7). De plus, la reconnaissance politique du statut de médiateur de santé publique et de ce "métier" à l'interface entre les politiques sociales et sanitaires, portée par d'autres voies, joue un rôle essentiel. En effet, l'utilisation de la médiation en santé publique concerne à la fois la politique sociale, la politique de la Ville et la politique de santé, à différents niveaux (local, régional, national), et constitue une activité hybride entre les secteurs d'intervention de chacun. L'un des principaux défis consiste à surmonter les cloisonnements entre ces secteurs (21).

- Le terme de « médiation de santé » est étroitement lié à celui de médiation sociale

La médiation en santé apparaît dans le Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation publié par le CIV en 2009 (24). Le terme « santé » dans ce contexte désigne l'intervention d'un médiateur tiers qui agit auprès des patients et des acteurs de la santé, sans plus de détails précis dans l'ensemble du guide (24). Dans un rapport ultérieur du CIV en 2011 (27), un état des lieux des secteurs d'activité et des domaines d'intervention des médiateurs est réalisé sur la base d'entretien auprès des employeurs. Selon eux, le médiateur en santé peut être désigné par différentes dénominations telles que médiateur de santé, médiateur et agent de santé communautaire, agent de médiation de santé publique ou médiateur adulte-relais. L'hôpital est identifié comme le seul lieu d'exercice et les principaux employeurs sont le ministère de la Santé et des associations, regroupant un total estimé d'environ 1 000 emplois (27).

En 2010, une première définition de la médiation en santé est proposée par Blanc et Pelosse (7) :

- «... une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder » (7).

Comme ces auteurs l'indiquent, la notion de résolution de conflits occupe une place moins importante par rapport à toutes les autres définitions de la médiation. En réalité, elle ne constitue pas le cœur des problématiques liées à l'accès à la santé (la prévention et les soins), même si dans certains cas, elle vise à réduire les barrières entre les professionnels de la santé et les populations (2).

L'objectif visé par la médiation en santé est de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par la réduction des inégalités d'accès aux services de santé en favorisant des passerelles permettant

un retour des populations les plus éloignées du système de santé vers des dispositifs de droit commun avec une logique d'empowerment (i.e., « processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper » (28)) (2).

L'accompagnement en santé, désormais désigné sous le terme de médiation en santé, est considéré comme un levier majeur pour favoriser l'intégration sociale des individus. Il englobe les questions de santé dans un cadre plus large d'accompagnement social et d'insertion. C'est également une approche professionnelle qui, en collaboration avec la personne accompagnée, vise à identifier ses besoins en matière de santé et à les améliorer. Ces aspects sont intégrés de manière centrale dans la structure organisationnelle et dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs de la santé et du social (2). La médiation en santé est considérée comme l'un des moyens pour mettre en place des dispositifs visant l'autonomie en matière de santé, comme défini dans le rapport Saout (29) : « l'accompagnement à l'autonomie en santé met en œuvre des 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 » (29).

La médiation en santé comprend des aspects liés à la prévention des maladies et à l'amélioration de l'accès aux services de santé. Elle vise à réduire les inégalités en matière de santé, à favoriser la participation des communautés et des personnes accompagnées, et à encourager des pratiques de santé plus inclusives et équitables. En ce sens, la médiation en santé dépasse le cadre strict de la résolution de conflits pour englober des aspects plus globaux de la santé publique et de l'accès aux soins. Elle vise à créer des ponts entre les différents acteurs du système de santé, à favoriser la compréhension mutuelle et à promouvoir des solutions collaboratives pour répondre aux besoins en santé de la population. Ainsi, la médiation en santé et la médiation sociale partagent des objectifs communs et se complètent mutuellement dans la promotion d'une approche plus globale et participative de la santé (2).

1.3 La médiation en santé

1.3.1 Une première phase expérimentale en France sur fond de militantisme

Au-delà du débat sur sa définition, il restait encore à assoir la médiation dans le champ de la santé. Une phase expérimentale a ainsi permis de préfigurer et définir les contours de la médiation en santé. Dès le départ, cette approche a été conçue dans le cadre d'une démarche de recherche-action, intégrant une évaluation en cours de route des résultats des interventions sur les besoins de santé des personnes accompagnées. Les expérimentations de la médiation en santé a été mise en œuvre grâce à des partenariats entre des associations et la Direction Générale de la Santé (DGS) comme le dépistage

et la prévention de l'infection VIH chez les populations migrantes (COREVIH) (30), le programme de médiation « sanitaire » auprès des Gens du voyage et des habitants de squat et bidonvilles (31–34), le programme de médiateurs en santé pair porté par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) (35). Des expérimentations ont également été menées en région Auvergne Rhône Alpe (7) et en Provence Alpes côte d'azur à Marseille (36).

Le Ministère de la Santé a financé et piloté un programme expérimental de cinq ans avec l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA) pour former, entre 2000 et 2005, 150 médiateurs en santé publique (21).

1.3.2 Définition et cadrage institutionnel en France

1.3.2.1 *Une institutionnalisation par la loi et l'inscription dans le code de la Santé publique*

Les évaluations menées dans le cadre des premières expérimentations, avec l'appui de la DGS, ayant été encourageantes (7,21,30–36), la médiation en santé a été inscrite à l'agenda politique et incluse dans les débats parlementaires à l'occasion de la discussion de la loi de modernisation du système de santé en 2016 (37).

La loi de modernisation du système de santé promulguée le 27 janvier 2016 comprend un article (art.90) qui traite de la médiation sanitaire : « I. – Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :

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» (37).

L'article D. 1110-5 du Code de la Santé Publique issu du décret n° 2017-816 du 5 Mai 2017 précise : « 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 » (38).

1.3.2.2 *Un référentiel de compétences, de formations et bonnes pratiques*

Un référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques (39) a été élaboré, en 2017, par la Haute Autorité de Santé (HAS) selon les préconisations issues des évaluations de la médiation en santé (7,21,30–36) et sur saisine par la loi de modernisation du système de santé (37). Ce référentiel définit et encadre les modalités d'intervention des personnes qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire (en santé) ainsi que leur place dans le parcours de soins des

personnes accompagnées éloignées du système de santé. Il définit également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de santé peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire (en santé) et d'interprétariat linguistique (39).

La HAS définit la médiation en santé comme « un processus temporaire de l'aller vers et du faire avec » dont les objectifs sont d'accentuer : (i) l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun, (ii) le recours à la prévention et aux soins, (iii) l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, (iv) la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public (39), comme depuis le début de sa mise en œuvre (7,21,30–36). La démarche d'« aller vers » est explicitée selon 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 » (39). « Faire avec » sous-entend faire avec les personnes et non à leur place car, selon eux, seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes. La médiation en santé évoque donc l'articulation d'une fonction d'interface au plus proche de la population qui facilite d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès des publics les plus vulnérables et, d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé (39).

Le référentiel établit quatre axes d'intervention de la médiation en santé (figure 1). Le travail en équipe et en réseau est essentiel pour la mise en place, le déroulement et la durabilité d'un projet de médiation en santé. Les collaborations doivent se faire de manière transversale, et il est primordial d'effectuer un diagnostic du non-recours aux soins en tant qu'étape préliminaire pour initier une action de médiation en santé sur un territoire. Les quatre axes d'intervention du médiateur en santé sont donc :

- « (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (à savoir les populations vulnérables et les professionnels de santé / institutions),
- Faciliter la coordination du parcours de soins,
- Proposer des actions collectives de promotion de la santé,
- Participer aux actions structurantes au projet » (39).

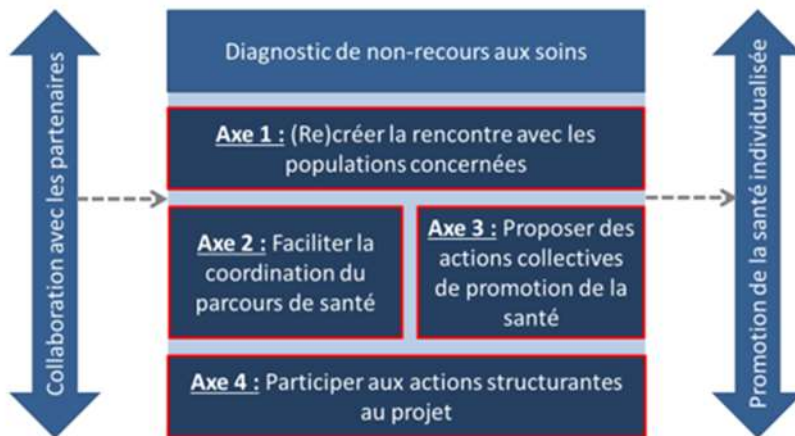


Figure 1 : Activités communes de la médiation en santé selon la HAS, 2017 (39).

Par conséquent, le médiateur en santé génère du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure dédiée, en relation avec une équipe et des partenaires, renforçant l'intersectorialité. Finalement, permettant de développer des connaissances et des compétences sur la maladie ou l'adoption de comportements favorables à la santé, les traitements, le suivi dans un parcours de soin, la médiation en santé permet aux personnes qui le souhaitent d'acquérir de l'autonomie pour ouvrir des droits, comprendre les symptômes d'une pathologie, savoir localiser le service de santé adapté à la situation ou encore appréhender progressivement les déterminants de la santé en lien avec les modes de vie (39).

Le médiateur en santé n'est pas forcément issu de la population d'intervention, il possède, néanmoins, une forte connaissance de son territoire d'intervention, des acteurs et des populations. En effet, au début de la mise en œuvre de la médiation en santé, la proximité des intervenants aux groupes sociaux les plus vulnérables était privilégiée, afin de rendre accessible la prévention et de rapprocher des soins les populations qui en sont éloignées (21). Aujourd'hui, la proximité sociale aux publics ciblés n'est pas forcément un critère de recrutement. Les voies de formation à la médiation en santé se sont multipliées, se caractérisant par des niveaux et des types de formation variables portées par des établissements aux profils divers (40). Par exemple, les universités Paris 13 et de Guyane proposent des diplômes universitaires de médiation en santé, accessibles aux acteurs associatifs, aux travailleurs sociaux, aux professionnels de santé, aux personnes ayant une expérience professionnelle dans la médiation et possédant des connaissances sur les dispositifs de soin, et aux personnes ayant un savoir expérientiel utile à la médiation en santé.

1.3.2.3 Une volonté politique de mise en œuvre à travers les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (PRAPS)

Déclinaison régionale de la politique de santé publique élaborée nationalement, le PRAPS doit inscrire ses actions dans les trois priorités transversales définies au niveau national : (i) améliorer l'espérance de vie en bonne santé, (ii) développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient, (iii) promouvoir l'équité devant la santé.

Pour accompagner la démarche en région, l'instruction prise à la suite de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (instruction n°2016 - 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi de 2016) et une note d'information DGS/DGOS/DGCS (41) prise en déclinaison de cette instruction, ont été transmises à l'ensemble des directrices et directeurs généraux des ARS pour « rappeler les priorités de la politique nationale en direction des plus fragiles qui devront figurer dans les prochains PRAPS » (41).

Parmi les éléments, rappelés dans cette « fiche PRAPS », émanant de politiques nationales devant être pris en compte dans l'élaboration d'un parcours (de santé) traitant de la précarité et de l'accès aux soins des personnes les plus démunies ou les plus éloignées du système de santé, figure aux côtés des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique (41). Il est précisé que « la médiation sanitaire s'adresse aux institutions et professionnels qui interviennent dans le parcours de soins (entrée dans le système, accompagnement, fin de vie ...) des personnes les plus éloignées des systèmes de prévention et de soins » (41).

La fiche rappelle la possibilité de « prendre appui » sur le référentiel élaboré par la HAS pour faciliter « l'intégration de la médiation sanitaire dans les systèmes de soins au niveau du territoire » (41). Il est enfin précisé : « 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 » (41). Dans ce cadre, quatre situations apparaissent à considérer plus particulièrement : celles des personnes migrantes, de la fin de vie, du chômage et des personnes vivant dans un habitat dégradé. Il appartient ainsi désormais à chaque pilote de PRAPS, dans le cadre de l'élaboration partagée de la démarche, de s'emparer de ces recommandations au regard des spécificités locales.

L'objectif de développement de la médiation en santé pour favoriser l'accès à la santé des publics dits « éloignés » peut également être inscrit parmi les priorités d'action du PRAPS. Le collège de la HAS soulignait 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 » (39).

1.3.3 Une intervention prometteuse pour favoriser le recours aux services de santé des populations les plus éloignées

A l'aune de nombreux savoirs expérientiels et de rapports d'évaluation de projets de médiation en santé (7,21,30–36,42), la médiation en santé apparaît comme une intervention prometteuse (i.e., « une intervention dont l'efficacité n'a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents » (43)) en vue de promouvoir la santé auprès de populations éloignées du système de santé. En effet, en Europe, un certain nombre de programmes de médiation en santé a émergé auprès des communautés roms et de Gens du voyage sous l'impulsion du Collectif National Droits de l'Homme Romeurope (34) ou en France avec les expériences pionnières citées plus haut. La médiation en santé est ainsi une intervention qui vise à promouvoir le recours aux services de santé aussi prometteuse que complexe à étudier en ce qu'elle associe des pratiques diverses qui nécessitent une adaptation constante à un contexte socialement mouvant à la frontière entre les secteurs sanitaire, social et politique (18).

La médiation en santé est une démarche écologique qui applique un changement interactif à plusieurs niveaux : l'individu, l'organisation et la communauté (22). Travailler sur les questions de médiation implique donc de ne pas se contenter d'étudier le changement individuel mais aussi le changement dans le cadre social lui-même. De fait, à notre connaissance, excepté certaines études pionnières, aucune étude ne semble avoir pu démontrer expérimentalement son efficacité (7,21,31–36,42). Partant de ce postulat, certains auteurs travaillant sur la complexité des interventions appellent à définir, en amont de toute évaluation, un cadre d'analyse solide appréhendant toutes les spécificités à la fois interventionnelles et contextuelles (44).

1.4 Objectif de la thèse

L'objectif de ce travail est d'élaborer un cadre d'analyse de la médiation en santé en trois étapes et de formaliser un protocole d'étude (étape 4) pour évaluer la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Il se décline en quatre étapes :

- Identifier les conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées (O1),
- Identifier les mécanismes de la médiation en santé et comprendre comment ces mécanismes favorisent le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées (O2),

- Elaborer la taxonomie des activités de médiation en santé et les configurations à priori nécessaires à l'effet de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées (O3),
- Elaborer un protocole d'étude pour l'évaluation de son efficacité sur le recours aux services de santé (O4).

2 Méthodologie générale

2.1 Cadrage théorique et méthodologique de la recherche

2.1.1 Le système interventionnel

D'après la Classification internationale des interventions en santé, une intervention en santé est définie comme une action entreprise pour évaluer, améliorer, maintenir, promouvoir ou modifier la santé, le fonctionnement ou les conditions de santé d'une personne ou d'une population (45). Cette définition cache en réalité une complexité considérable, ce qui pose plusieurs défis aux chercheurs chargés de délimiter, évaluer et transférer ces interventions. Cette complexité découle principalement de l'influence importante du contexte (46), défini comme une « conjonction spatiale et temporelle d'événements, d'individus et d'interactions sociales générant des mécanismes causaux qui interagissent avec l'intervention et modifient éventuellement ses résultats » (47). La reconnaissance de l'impact du contexte a suscité un intérêt croissant pour l'évaluation des processus, comme le décrit les lignes directrices du Medical Research Council (MRC) (48). Le MRC propose de définir la complexité de l'intervention par l'identification de ses éléments constitutifs. Il met également en évidence la nécessité, lors des évaluations, de prendre en compte l'influence du contexte car celle-ci affecte notre compréhension du problème et du système, oriente la conception des interventions, influe sur leur mise en œuvre, interagit avec elles et modère leurs résultats (48).

Dans le cadre de l'évaluation d'interventions et de leurs interactions avec leur contexte, différentes approches ont été proposées pour mieux caractériser les interventions et les distinguer du contexte telles que celle des « composants d'intervention » ou des « principes actifs » (49,50). L'interaction entre le contexte et l'intervention produit un mécanisme, défini comme « un élément de raisonnement et de réaction d'un agent à l'égard d'une intervention productrice d'un résultat dans un contexte donné » (51). Les mécanismes, qui peuvent être des facteurs humains ou non humains, jouent un rôle clé dans ces interactions. Ils représentent les processus par lesquels une intervention produit des changements réguliers et régule les comportements. Le processus de changement est caractérisé par des mécanismes dits intermédiaires qui influencent les résultats finaux. Les interactions entre l'intervention et le contexte sont dynamiques et nécessitent une approche systémique. Ainsi, il est proposé d'utiliser le concept de « système interventionnel⁴ » qui englobe à la fois les composantes interventionnelles et contextuelles (52). Cette approche permet de mieux comprendre les mécanismes et les chaînes causales qui conduisent aux résultats. En vue de prendre en compte la diversité des

⁴ Série de configurations d'éléments contextuels, humains et matériels, pré-existants, produisant une cascade de mécanismes, préconditions aux changements, et agissant sur leur propre évolution dans l'espace et le temps (52).

pratiques de médiation en santé et la flexibilité nécessaire à sa mise en œuvre, telle une organisation frontière (53), il est opportun de considérer la médiation en santé comme un processus dynamique issu de nombreuses interactions entre ses composantes interventionnelles et contextuelles comme proposé par Cambon et al (52). Par exemple, dans le cas d'une intervention d'accompagnement au sevrage tabagique : « le système interventionnel pourrait être constitué des éléments suivants : les antécédents et caractéristiques des praticiens et patients, les éléments matériels investis dans l'intervention, l'histoire des organisations et des entités collectives entourant et supportant l'intervention, les mécanismes d'effets ou préalables, les résultats, la nature des interactions ainsi créées au sein du système présenté sous la forme de combinaisons causales » (54).

2.1.2 Elaboration d'une méthode basée sur l'approche réaliste

2.1.2.1 *L'évaluation basée sur la théorie*

L'évaluation d'intervention constitue, en recherche, l'un des enjeux contemporains majeurs (48). Elle repose sur l'utilisation des techniques de recherche permettant d'investiguer de façon systématique des interventions. Les approches traditionnelles en santé publique, axées sur la validité interne, privilégient les essais contrôlés, randomisés et individuels pour établir une causalité (55). Cependant, ces essais sont limités car ils ne prennent pas en compte, voire effacent, les éléments contextuels qui influencent les résultats, ce qui rend leur transférabilité difficile (56). Des modèles alternatifs adoptent une approche contributive en utilisant une compréhension mécaniste des interventions et en explorant les chaînes causales (57). Plutôt que de se demander si l'intervention fonctionne, ces modèles se concentrent sur la contribution significative de l'intervention aux résultats observés compte tenu des nombreux paramètres qui influencent le résultat. Pour mesurer la réussite d'une intervention, il ne suffit donc pas seulement de savoir si elle est efficace, il faut comprendre pourquoi elle fonctionne, comment, pour qui, et dans quel contexte, car les interventions potentiellement efficaces ne peuvent être reproduites sans s'adapter aux contextes locaux qui influencent leur réussite (58).

Les évaluations fondées sur la théorie (theory-driven evaluation -TDE) sont favorisées dans cette nouvelle approche (59). Les TDE combinent des preuves scientifiques avec l'expertise des acteurs de terrain et des chercheurs pour formuler des hypothèses (i.e., théories) de fonctionnement de l'intervention. Ces hypothèses sont ensuite testées empiriquement pour établir des preuves de contribution et permettre des inférences causales. Deux grandes catégories de TDE sont identifiées : l'évaluation réaliste et les théories du changement (60).

2.1.2.2 *L'approche réaliste : une branche du constructivisme*

L'approche réaliste cherche à comprendre les interactions entre les composantes d'une intervention (i.e., ses activités intrinsèques), les composantes contextuelles dans lesquels ils sont mis en œuvre (i.e.,

les éléments ou conditions qui influencent à la fois les activités et les mécanismes de l'intervention) et les mécanismes (i.e., une ou un ensemble de réactions qui procure un changement) (61). Plus précisément, il s'agit de comprendre quelles sont les composantes nécessaires pour créer un effet bénéfique d'une intervention, ainsi que la transférabilité de cet effet dans d'autres contextes. Selon le réalisme critique, la causalité est générative plutôt que successionniste (61). Dans une perspective successionniste, un effet est produit par une variable indépendante qui le précède et il est nécessaire de contrôler les variables contextuelles pour mettre en évidence cette relation simple et constante. En revanche, la causalité générative repose sur trois postulats du réalisme critique (58) : (1) une intervention ne fonctionne pas en elle-même et n'est pas ce qui produit un effet, (2) toute intervention déclenche un mécanisme ou un ensemble de mécanismes qui permet(tent) la production d'effets, (3) toute intervention est située dans un contexte (58).

L'évaluation réaliste, fondée sur ces bases épistémologiques et conceptuelles, va au-delà de la simple question de savoir si une intervention fonctionne. Elle s'intéresse également au comment, pour qui, pour quoi et dans quelles circonstances l'intervention fonctionne (61). Ce modèle de causalité ne produit pas de conclusions sur l'effet d'une intervention mais des hypothèses de fonctionnement que l'on s'autorise à rechallenge de contexte en contexte à l'aide d'étude de cas (62). Les études de cas permettent d'analyser en profondeur et dans un contexte spécifique un phénomène en mettant en évidence les relations entre les composantes le générant (62). Elles permettent alors d'identifier des formes « d'invariants » nécessaires au fonctionnement de l'intervention. Par conséquent, l'évaluation réaliste elle-même ne produit pas de conclusions opérationnelles type efficace/pas efficace ou des recommandations d'applications mais des théories. Ensuite, ces théories sont discutées avec les acteurs qui mettent en œuvre l'intervention au cours d'activités de transfert de connaissance⁵ et notamment les ateliers délibératifs (i.e., « processus de transfert de connaissance qui réunit une variété d'acteurs impliqués ou touchés par un enjeu pour discuter des solutions, en se basant sur les données de recherches et en utilisant la délibération pour aboutir à une entente (consensuel ou non) ou un plan d'action » (63)). Durant ces ateliers, ces théories sont transformées en recommandations (59). En cela, l'évaluation réaliste se distingue du paradigme expérimental qui cherche à produire des conclusions universelles de causalité liant une intervention et un effet, toutes choses étant égales par ailleurs (55). Du point de vue de la méthode, l'évaluation réaliste cherche à identifier des théories de moyenne portée c'est-à-dire des configurations Context-mechanism-outcome (CMO) explicitant ce qui se joue entre une intervention, un contexte et des changements (i.e., mécanismes (M)) (61). Du point de vue

⁵ Par convention, j'utiliserai dans le texte le terme consacré de « transfert de connaissances ». J'aurai préféré un terme plus interactif et plus collaboratif comme « partage ou mobilisation des connaissances ».

pratique, comme toute évaluation basée sur la théorie, il s'agit de faire l'hypothèse de ces théories de moyenne portée (i.e., théorie de moyenne portée initial ou configuration CMO à priori) et de les valider (i.e., théorie de moyenne portée ou configuration CMO) ou les invalider par le recueil de données quantitatives ou qualitatives. C'est leur récurrence d'apparition dans l'analyse qui les confirme. On parle alors de semi-régularités (58). L'approche réaliste repose sur un processus de raisonnement réductif, qui implique un mouvement constant entre la théorie et l'observation empirique dans le but d'identifier des demi-régularités. Ce mode de raisonnement vise à répondre à la question « Pourquoi ? » et à formuler des hypothèses explicatives sur les phénomènes étudiés, c'est-à-dire à élaborer des théories (61).

Le mécanisme (M), concept clé de l'approche réaliste, est difficile à appréhender. Dans le paradigme réaliste, il se définit comme « un élément de raisonnement ou de réactions des agents par rapport aux ressources disponibles dans un contexte donné pour provoquer des changements grâce à la mise en œuvre d'une intervention évoluant dans un espace-temps ouvert et au sein d'un système de relations social » (51). Un mécanisme, au sens réaliste, est généralement un élément caché qui réagit aux variations du contexte et aux activités de l'intervention mises en place. Il engendre alors des résultats. L'acteur peut être soit un individu soit une organisation dotée d'une intelligence collective et d'un raisonnement (51). Il est important de faire une distinction entre le mécanisme au sens réaliste et le terme « mécanisme » couramment utilisé en évaluation, qui se réfère à une activité ou à un mode de fonctionnement de l'intervention évaluée (64).

Les composantes contextuelles (C) sont : « les éléments situés dans le temps et l'espace qui peuvent affecter l'intervention et les résultats produits (i.e., mécanismes) » (52). Pour clarifier dans les théories de moyenne portée les composantes ayant trait à l'intervention, Cambon et al propose de distinguer la « composante ou contexte liée à l'intervention » (Ci), du « contexte externe à l'intervention » (Ce), le tout établissant des configurations CiCeMO (65,66). Nous utiliserons dans cette recherche ce type de configurations.

En résumé, l'approche réaliste critique considère la causalité comme générative, mettant l'accent sur les mécanismes et l'interaction entre le contexte et l'intervention. Elle cherche à comprendre pourquoi une intervention produit un effet particulier en se basant sur des configurations CMO et en utilisant un mode de raisonnement réductif (67). C'est pourquoi, une telle recherche doit se réaliser avec les personnes concernées (acteurs de terrain, décideur et usagers) dans une recherche participative.

2.2 Une recherche hybridant savoirs théoriques et expérientiels

Ce projet de recherche s'ancre dans une démarche dynamique collaborative entre décideurs, acteurs de terrain et chercheurs. Cette démarche collaborative facilite un processus de production et transfert

de connaissance⁶ adaptée aux besoins et problématiques rencontrées par les utilisateurs des connaissances (i.e., acteurs, décideurs) en vue de leur en faciliter l'appropriation (68). Ce processus permet de considérer les différents contextes dans lesquels les utilisateurs évoluent et dans lequel les savoirs expérimentiels sont autant valorisés que les savoirs théoriques issus de la recherche (e.g., fondamentale, clinique, appliquée) (68,69). Ceci représente la première étape du transfert de connaissance : la production de connaissance.

2.2.1 Différents types de « connaissances » et « savoirs »

Le Larousse définit la connaissance comme le « fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose » (70). Le savoir se réfère à l'application pratique de la connaissance dans des situations spécifiques. Il représente la capacité à utiliser la connaissance de manière efficace et appropriée pour résoudre des problèmes, prendre des décisions, accomplir des tâches ou atteindre des objectifs spécifiques. Le savoir implique une compréhension approfondie et une maîtrise des connaissances pertinentes pour une situation donnée (71). Il existe plusieurs types de savoirs (e.g., théorique ou académique, expérimentiel, intégré, ...).

Les savoirs théoriques font référence aux connaissances et savoirs issus de la recherche scientifique. Ces savoirs s'avèrent multiples : plusieurs domaines de recherche contribuent à formaliser des savoirs théoriques (i.e., recherches fondamentales, recherches cliniques, recherches appliquées) (68). Les recherches fondamentales se réfèrent aux travaux expérimentaux ou théoriques qui visent principalement à acquérir de nouvelles connaissances sur les principes sous-jacents des phénomènes et des faits observables. Les résultats de ces recherches ne sont généralement pas directement applicables. En revanche, les recherches cliniques sont axées sur une meilleure compréhension des maladies et le développement d'interventions efficaces dans le domaine de la santé. Ensuite, des recherches appliquées pourront examiner les obstacles et les facteurs qui favorisent l'adoption de comportements favorables à la santé parmi des sous-groupes de population qui sont plus exposés au risque de contracter la maladie (55). Ces recherches peuvent se baser sur des méthodes quantitatives ou qualitatives. Les savoirs théoriques prennent généralement forme à travers des livrables, tels que des rapports de recherche ou des articles scientifiques, lorsque l'objectif est de développer de nouvelles connaissances. Elles peuvent également se matérialiser sous la forme de produits de synthèse visant à rassembler les différentes études sur un sujet donné, tels que les revues de littérature, les revues systématiques ou les méta-analyses (68).

⁶ « Ensemble d'efforts consentis pour faire connaître les activités et les résultats de la recherche... en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les décideurs et le grand public, que la démarche soit interactive ou non » (68).

Les savoirs expérientiels font référence aux connaissances et aux perspectives acquises par l'expérience directe vécue par une personne dans un domaine spécifique (72). Ces connaissances sont basées sur les expériences individuelles et les interactions pratiques avec un sujet donné, plutôt que sur des connaissances théoriques. Les savoirs expérientiels sont souvent considérés comme un complément important aux savoirs théoriques, car ils apportent une compréhension pratique et concrète d'une situation, d'un contexte ou d'un problème (68). Ces connaissances sont souvent considérées comme valables et significatives, car elles sont enracinées dans la réalité vécue des individus et peuvent fournir des perspectives uniques sur des questions spécifiques (68). Les savoirs expérientiels peuvent également être partagés et communiqués à d'autres, ce qui permet de bénéficier de l'expertise et des perspectives de différentes personnes. Dans certaines approches de recherche et de prise de décision, les savoirs expérientiels sont valorisés et intégrés de manière délibérée, en reconnaissant que les personnes qui vivent une situation sont souvent les mieux placées pour en comprendre les enjeux et contribuer à trouver des solutions adaptées (73). Ceci se base sur la reconnaissance des expertises uniques des personnes impliquées et une connaissance approfondie de leur propre expérience et de leur contexte (74). Les personnes « concernées » sont considérées comme des partenaires à part entière et peuvent être impliquées dans la définition des questions de recherche, la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, ainsi que dans l'interprétation et la diffusion des résultats (75).

2.2.2 Une approche axée sur l'interaction sociale

Il est essentiel de noter que le simple fait de prendre en compte l'expérience vécue ne garantit pas nécessairement l'utilisation effective des résultats de la recherche (69,72). C'est pourquoi, une approche interactive est nécessaire dans le processus de production et de transfert des connaissances afin de parvenir à une intégration des savoirs (76). L'approche interactive implique des interactions fréquentes entre les producteurs de connaissances et les utilisateurs potentiels tout au long de la recherche (e.g., acteurs de terrain, décideurs) (68). La collaboration et l'interaction entre les partenaires peuvent prendre diverses formes.

Le mode de collaboration bidirectionnel implique l'intégration des préoccupations des futurs utilisateurs dès le début de la recherche. Les utilisateurs jouent un rôle actif en contribuant à différentes étapes de la recherche, telles que la formulation de la question de recherche, la validation des outils de collecte de données, l'interprétation des résultats, la validation et la diffusion des résultats, etc. Il s'agit d'une recherche collaborative (68,75).

Le mode de collaboration en spirale (figure 2) va encore plus loin en intégrant les savoirs expérientiels des utilisateurs, qui deviennent des coproducteurs de la connaissance. Ce mode se caractérise par des

allers-retours constants entre chercheurs et utilisateurs pour redéfinir, préciser et améliorer le projet au fur et à mesure de son avancement. Il est particulièrement adapté aux recherches en sciences sociales et humaines, où l'expérimentation se déroule dans un environnement spécifique et favorise l'appropriation des nouvelles connaissances par les utilisateurs qui participent à la recherche (68).

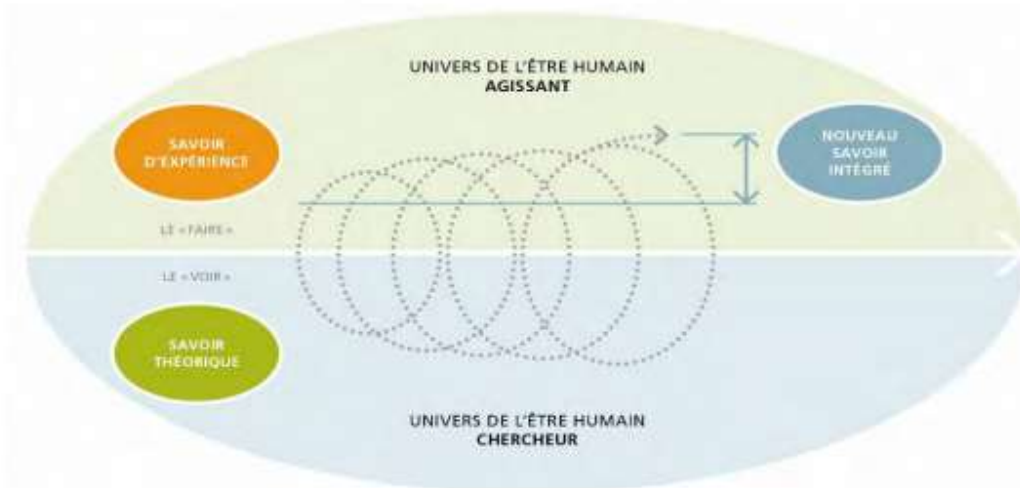


Figure 2 : Mode de collaboration en spirale (69) (Extrait INSPQ (68))

Le mode de collaboration en spirale peut être mis en œuvre grâce à une approche axée sur l'interaction sociale, qui prend en compte la complexité des organisations impliquées dans la collaboration. Cette approche encourage des interactions plus continues entre les différents acteurs concernés par un problème, réduisant ainsi l'écart entre le monde de la recherche et celui de la pratique (68). Elle implique des acteurs intermédiaires tels que des courtiers de connaissances, des conseillers scientifiques et des agents de liaison (77). Les enjeux de production et de transfert des connaissances ne se limitent pas seulement aux contenus, mais englobent également les systèmes sociaux (organisationnels et sociopolitiques) qui génèrent et utilisent la connaissance, ainsi que les interactions entre ces systèmes (68,77). La notion de réseau devient un élément clé pour soutenir la production et le transfert des connaissances (78). La figure 3 illustre le réseau des partenaires impliqués dans la production, la diffusion et l'utilisation des connaissances dans le domaine de la médiation en santé en France, tel que présenté dans la thèse.

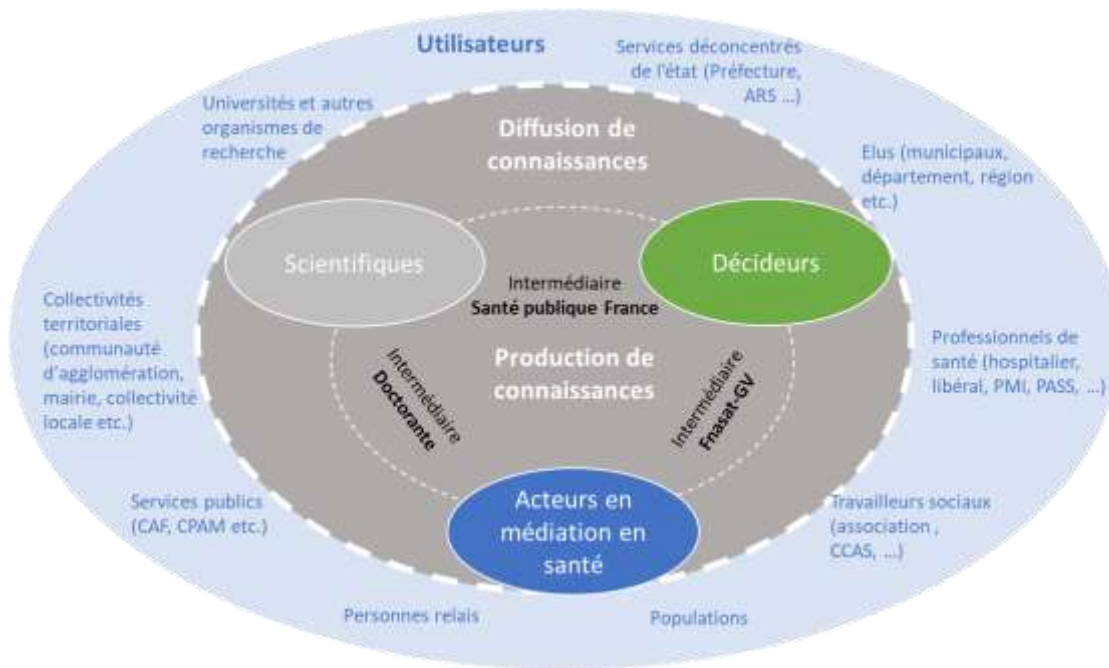


Figure 3 : Mode de production et transfert de connaissance axée sur l'interaction sociale utilisé dans cette recherche (Figure inspirée INSPQ (68))

2.2.3 Un processus de production de connaissances entre acteurs de terrain, chercheurs et décideurs

2.2.3.1 *Le programme de médiation en santé auprès des populations Roms et Gens du voyage*

Le Programme national de médiation en santé (PNMS) est un programme inter associatif de partage de moyens pour développer et soutenir des projets de médiation en santé auprès et avec des populations socialement exclues, en situation de vulnérabilités (précarité économique, exclusion par le logement, discriminations vécues, ...), dites « éloignées du système de santé ».

Issu d'une recherche action (2011-2012) relative à la médiation en santé destinée aux femmes dites « roms », vivant en bidonvilles et à leurs enfants (31), étendu à « la population rom » en 2013 (32) puis à des Gens du voyage en 2016 (33), le programme – validé à trois reprises par des évaluations externes (31,33,42) et soutenu financièrement par le Ministère de la Santé et Santé publique France - concerne aujourd'hui d'autres publics confrontés à un cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables, avec une entrée par territoire c'est-à-dire selon les besoins identifiés et dans l'articulation avec les ressources et les autres dispositifs existants sur un territoire – personnes exilées, habitants de terrains d'insertion, habitants de quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), ...

En juin 2023, le PNMS réunissait 22 associations qui interviennent sur 23 départements métropolitains : La Sauvegarde du Nord (59), La Sauvegarde de l'Isère (38), Les Forges Médiation

(Nantes agglomération), Médecin du Monde (Marseille, Lyon, Saint-Denis), PoPs 38, Première Urgence Internationale (91, 93, 94), Soliha Normandie (14, 50, 61), et des associations du réseau Fnasat-Gv (*Alfa* 3A, ALQR, CS Les Alliers, CS Le chemin du Hérisson (16), CS St Exupéry (24) Amitiés Tsiganes (54), Itinérance 22 (22), l'ADAPGV (86), l'ADEPT 93 (93, 75), l'ADGVE (91), l'ASAV (78, 92 et 95), Le Fil à métisser (66), le RAGV (76), Tsigane Habitat (37) Voyageurs 72 (72)). Le pôle santé de la Fnasat-GV en porte la coordination.

Le PNMS vise à promouvoir la santé de populations socialement exclues, à travers des actions de médiation en santé pour améliorer leur accès et leur recours aux droits, à la prévention et aux soins dans le système de droit commun.

2.2.3.2 *Les intermédiaires*

La recherche menée, ici, s'ancre dans un mode de collaboration en spirale à l'aide de l'approche axées sur l'interaction sociale. En effet, tout au long du processus de production de connaissance dans cette recherche, un intermédiaire (la doctorante) a activement échangé et collaboré avec les acteurs de terrain : (i) des médiateurs et médiatrices en santé, (ii) des structures la mettant en œuvre au niveau local et (iii) des structures qui participent à la dissémination de la médiation en santé au niveau national (e.g., Fnasat-GV porteuse du Programme national de médiation en santé, France médiation, Collectif pour la promotion de la médiation en santé).

Cette approche a visé à (i) développer une compréhension commune des enjeux autour de la médiation en santé, (ii) faciliter l'accès et la communication des connaissances théoriques issues de la recherche sur la médiation en santé, (iii) favoriser les interactions entre les chercheurs et les utilisateurs (i.e., acteurs de terrain membres du PNMS). Elle a permis également le développement de (iv) compétences, d'une part, des utilisateurs pour utiliser la recherche afin d'alimenter leur plaidoyer sur la médiation en santé et son métier et, d'autre part, celles des chercheurs pour appréhender les contextes de mise en œuvre, les enjeux de la médiation en santé et les potentiels facteurs influençant le transfert et/ou l'utilisation des futures connaissances issues de cette recherche. Les interactions et les partages de savoirs (i.e., théoriques et expérientielles), ainsi générés, ont contribué à produire des savoirs dit intégrés.

Puis, la production de connaissance ainsi générée, a favorisé le transfert de connaissance par des intermédiaires supplémentaires. La Fnasat-GV, par l'intermédiaire de la responsable du pôle santé, a pu partager les connaissances produites sur la médiation en santé et s'investir ainsi dans leur transfert avec et auprès des utilisateurs : autres acteurs de terrain mettant en œuvre la médiation en santé et les décideurs avec lequel elle collabore. Santé publique France, par l'intermédiaire de la coordinatrice de l'enjeu sur les inégalités sociales de santé et responsable du programme équité en santé, a pu utiliser

les connaissances produites pour affiner la stratégie de soutien au déploiement de la médiation en santé sur le territoire auprès des décideurs sur le même modèle de mobilisation de connaissances déployées par Santé publique France pendant la COVID auprès des populations en situation de vulnérabilité (79). Ceci a aussi contribué à appuyer le plaidoyer pour la reconnaissance de l'approche de la médiation en santé et la sécurisation de son métier, réalisé par les trois intermédiaires la doctorante, la coordinatrice du PNMS et la coordinatrice de l'enjeu sur les inégalités sociales de santé.

2.2.3.3 Un réseau impliqué étroitement dans le processus de connaissance

Grace aux modalités de financement de la thèse (CIFRE), nous avons pu impliquer les acteurs de terrain mettant en œuvre la médiation en santé dans le processus de production de connaissance de cette recherche. Des espaces de partage de savoirs et de production de connaissance autour de la médiation en santé se sont formalisés au cours du projet. Ces espaces ont permis d'appréhender les contextes de mise en œuvre de la médiation en santé, relever les activités réalisables par les médiateurs et médiatrices en santé, cartographier les acteurs de terrain et décideurs concernés par les besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé au niveau local, régional voir national, et identifier l'impact des contextes de mise en œuvre sur les activités de médiation en santé.

La Fnasat-GV a ainsi participé à la conception de la recherche avec le soutien financier de Santé publique France. En effet, dans le cadre du dispositif CIFRE, il a été requis que l'Université de Bordeaux et la Fnasat-GV (porteuse du programme national de médiation en santé (PNMS)) collaborent et parviennent à un accord mutuel dès la phase de conception du projet.

Puis, cette collaboration a été enrichie par notre participation à d'autres espaces d'échanges dès le début du projet :

- Retour d'expérience sur l'apport de la médiation en santé dans le plan « Gens du voyage » pour favoriser le dépistage COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle Aquitaine lors du premier confinement en 2020⁷.
- Regroupements des médiateurs et médiatrices en santé de deux jours tous les 4 mois à Paris dans les locaux de la FNASAT. Il se compose, en moyenne, de 20 médiateurs et médiatrices en santé exerçant sur tout le territoire métropolitain.
- Regroupements des structures membres du PNMS, d'une durée de 3 heures tous les 4 mois en visioconférence ou en présentiel à Paris.

⁷ Ce travail a fait l'objet d'un rapport publié sur le site de Santé publique France (80), de deux capsules de formation dans le module sur le dépistage de cluster complexe dans la formation des Médiateurs de Lutte Anti-Covid réalisée par l'Ecole des hautes études de santé publique et de la réalisation d'une fiche théorique et pratique sur l'investigation écosystémique diffusé aux cellules régionales de Santé publique France et aux ARS.

Nous avons participé, à partir du milieu de la thèse, aux réunions bimensuelles du Collectif pour la promotion de la médiation en santé (CPMS).

2.3 Développement du cadre d'analyse : méthodes employées dans le processus de production de connaissance selon une approche réaliste

2.3.1 Plan de la recherche et méthodes spécifiques

Le développement du cadre d'analyse de la médiation en santé a été réalisé en trois étapes selon une approche réaliste et suivant une hybridation des savoirs (figure 4).

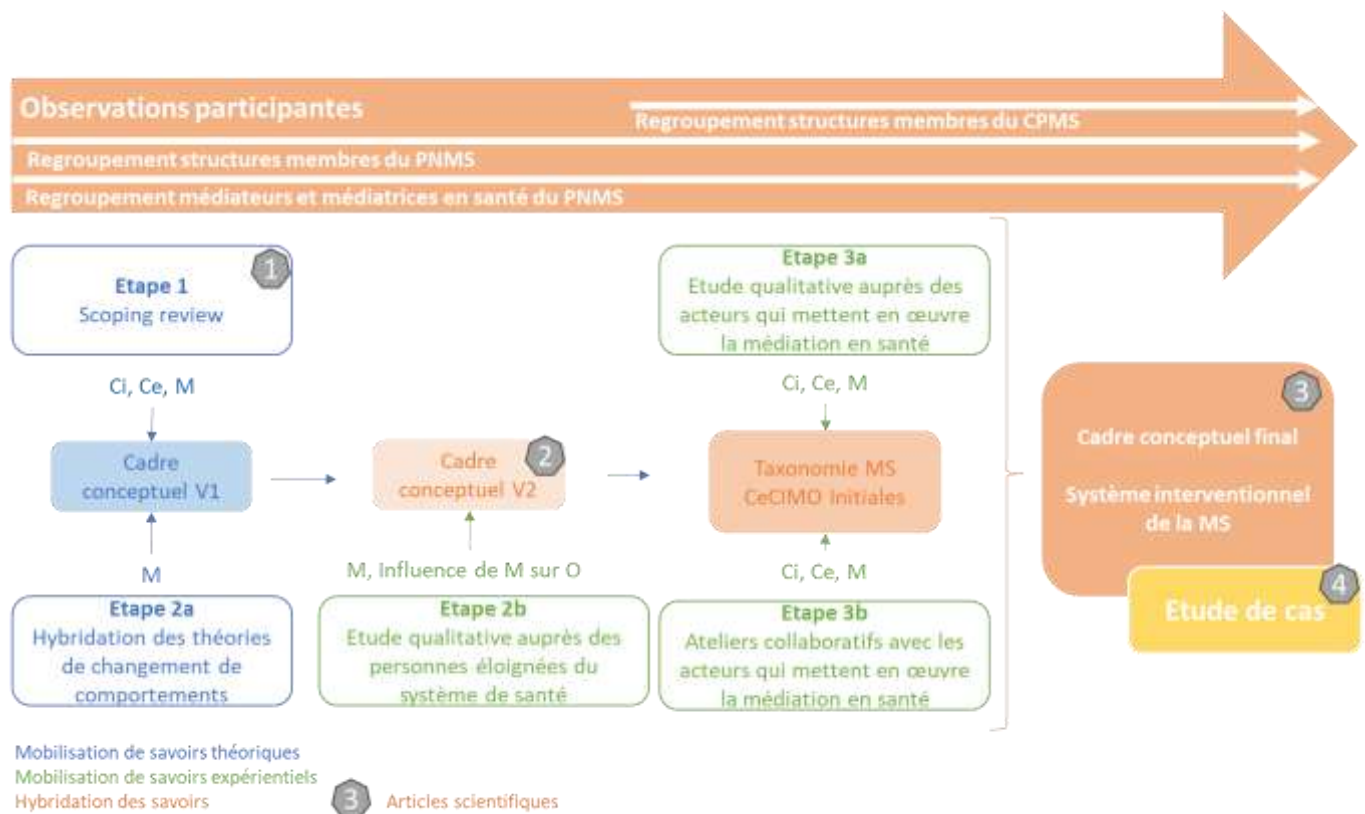


Figure 4 : Processus de production de connaissances intégrées selon une approche réaliste

Nous avons débuté par la mobilisation de savoirs théoriques. A l'aide d'une revue exploratoire de la littérature, nous avons identifié les éléments de contexte influençant la médiation en santé (Ce, Ci) et une première liste de mécanismes (M) (Étape 1). Ceci a donné lieu au premier cadre conceptuel V1 de la médiation en santé incluant des Ce, Ci et M théoriques (cf. Résultats 3.1.). Pour compléter notre compréhension des mécanismes influant le recours aux services de santé, nous avons réalisé une hybridation de modèles théoriques mobilisables pour l'étude du changement de comportements liés à la santé (Étape 2 a). Cela a donné lieu à la production d'un méta-modèle du recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées incluant les mécanismes théoriques identifiés dans l'étape 1 (cf. Résultats 3.2).

Puis, nous avons poursuivi par la mobilisation de savoirs expérientiels à l'aide d'une étude qualitative (Etape 2b) auprès de personnes éloignées du système de santé, permettant d'enrichir le cadre conceptuel V1 avec de nouveaux mécanismes (M) favorable au recours aux services de santé des personnes qui en sont éloignées (O). Cela a permis de produire le cadre conceptuel V2 (cf. Résultats 3.2.). Le cadre conceptuel V2 est une hybridation entre savoir théoriques et expérientiels des personnes éloignées du système de santé. Il permet d'exposer les éléments de contexte (Ce, Ci), les mécanismes (M) et les effets (O) de la médiation de santé de manière plane avec des relations non linéaires.

Enfin, à l'aide d'une étude qualitative auprès des acteurs qui mettent en œuvre la médiation en santé (étape 3 a) et la réalisation de quatre ateliers délibératifs nommés séminaires avec des médiatrices en santé, coordinatrices et des chercheuses spécialisées dans l'évaluation réaliste et le transfert de connaissance (étape 3b). Nous avons développé une taxonomie des activités réalisables par les médiateurs ou médiatrices en santé (Ci) et identifié les configurations CeCiMO à priori nécessaires à l'effet de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Ceci a permis d'amender et compléter le cadre conceptuel de la médiation en santé avec des éléments de contexte (Ce) ou mécanismes (M) manquants selon les participants. Le cadre conceptuel final de la médiation en santé est une hybridation de savoir théoriques et expérientiels des personnes éloignées du système de santé et des acteurs de terrain. L'identification des configurations CeCiMO initiales a donné lieu à la formalisation d'un système interventionnel de la médiation en santé centré sur les relations dynamiques et systémiques entre les activités de médiation en santé (Ci), les mécanismes (M) et leurs effets (O) (cf. Résultats 3.3.).

Complémentairement aux études citées plus haut, dont les méthodes sont décrites dans chaque article présenté dans ce document, nous avons mené des observations participantes tout au long de cette recherche. Elles ont fortement contribué au processus de production de connaissance à toutes les étapes de cette recherche. Elles visaient à faciliter l'hybridation des savoirs. La mise en œuvre de ces observations est détaillée ci-dessous.

2.3.2 Les observations participantes

L'observation participante est une méthode de recherche qualitative qui implique une immersion active du chercheur dans la situation ou le contexte étudié (81). Contrairement à l'observation non participante, le chercheur prend une part active en participant aux activités, en interagissant avec les personnes concernées et en vivant l'expérience avec eux. L'objectif est de développer une compréhension approfondie du phénomène étudié en se plaçant au cœur de celui-ci (82). L'observation participante est particulièrement appropriée pour étudier des contextes culturels, des

interactions sociales complexes, des processus de groupe ou des comportements humains dans leur environnement naturel (83).

Pour ce faire, l'intermédiaire (la doctorante) s'est engagé activement dans la situation étudiée, en participant activement aux activités du PNMS. Les observations ont duré de deux à quatre heures à trois jours. Les observations ont été collectées à l'aide d'un guide d'observation. Ce guide était composé de trois éléments : (i) la checklist pour la description et la réplique des interventions (TIDieR) (84), (ii) une cartographie des acteurs présents, concernés par les besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé et ayant un pouvoir de décision pour les résoudre, et (iii) les controverses exprimées autour de la médiation en santé (Annexe 1). Le tableau 1 décrit la temporalité de participation à ces espaces, la posture de l'intermédiaire et les effets observés sur la production de connaissance.

Tableau 1 : Effets des espaces de partage sur la production de connaissance

	Quand	Posture de l'intermédiaire durant les observations participantes	Effets sur la production de connaissances
Séminaire de regroupement des médiateurs en santé* (Acteurs 1 ^{er} ligne)	Tout	1/ En retrait au début avec une posture d'humilité 2/ En position d'intermédiaire => Rétroaction continue entre productions théoriques et savoirs expérientiels au sujet des résultats de la recherche	Appropriation du sujet et des contextes de mise en œuvre de la médiation en santé du point de vue des personnes qui font la MS Identification du réseau d'acteurs au niveau local voire régional, concerné par la médiation en santé Aide à l'élaboration des guides d'entretien Etape 2b et 3 Aide à l'interprétation des résultats de la recherche
Réunion de regroupement des structures du PNMS** (Acteurs 2 ^{ème} ligne)	Tout	1/ En retrait au début avec une posture d'humilité 2/ En position d'intermédiaire => Rétroaction continue entre productions théoriques et savoirs expérientiels au sujet des résultats de la recherche	Appropriation du sujet et des contextes de mise en œuvre du point de vue des porteurs de projets Identification du réseau d'acteurs et décideurs au niveau local, régional ou national concerné par la MS Observations des attitudes réflexives sur les pratiques de médiation en santé Aide à l'élaboration des guides d'entretien Etape 2b et 3 Aide à l'interprétation des résultats de la recherche
Réunion du collectif pour la médiation en santé***	A partir du milieu	En position d'intermédiaire => Rétroaction continue entre productions théoriques et savoirs	Amender, modifier, ajuster les résultats de la recherche et approfondir les enjeux restants à travailler

(Acteurs 1 ^{er} et 2 ^{ème} ligne, décideurs)		expérientiels au sujet des résultats de la recherche	
--	--	--	--

* Deux jours tous les 4 mois pendant 3 ans à Paris dans les locaux de la FNASAT (20 Médiateurs et médiatrices en santé)

**Durée de 3 heures tous les 4 mois pendant 3 ans en visioconférence ou en présentiel à Paris

*** Durée 2 heures tous les 2 mois à partir de la moitié de la thèse en visioconférence

Ces observations ont permis de gagner la confiance des personnes concernées et d'obtenir des informations plus détaillées et sincères. Puis, des périodes d'immersion prolongée dans le milieu étudié ont permis à l'intermédiaire de travailler avec les médiateurs et médiatrices en santé ou de passer du temps sur le terrain pour mieux comprendre les normes, les valeurs, les interactions et les dynamiques sociales à l'œuvre. L'intermédiaire a vécu un apprentissage par l'expérience en vivant l'expérience directement avec les participants. Elle a pu acquérir des connaissances expérientielles et des perspectives profondes qui ne sont pas facilement accessibles par d'autres méthodes de collecte de données. L'observation participante a favorisé une compréhension contextuelle riche et nuancée de la médiation en santé. Toutefois, cette méthode a exigé que l'intermédiaire réfléchisse constamment sur son rôle, ses biais et son influence sur la situation étudiée. Elle devait prendre en compte ses propres réactions, ses préjugés et ses interprétations pour éviter de fausser les résultats de l'étude. Des échanges lors des réunions de suivi de thèse avec les directrices de thèse ont permis de prendre en compte ce recul nécessaire. Enfin, chaque observation a été renseigné dans un cahier. Les données des observations ont été examinées, ont accompagné l'analyse des autres méthodes employées dans cette recherche (e.g., entretien semi directif, entretien informel et atelier) et, avec les résultats, ont contribué, grâce à un mode de raisonnement réductif, à concourir à la production de savoirs intégrés. Ces résultats ont permis de fournir un cadre d'analyse de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé.

3 Résultats

3.1 Etape 1 : Conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées

3.1.1 Synthèse

Cet article visait à identifier les conditions dans lesquelles la médiation en santé est réalisable et efficace (i.e., conditions de faisabilité et succès) pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

Nous avons réalisé une revue exploratoire de la littérature sur les conditions d'efficacité de la médiation en santé, conformément aux normes Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. Les articles ont été identifiés dans les bases de données : PubMed, PsychINFO, Scopus et Cairn, et publiés entre le 1er janvier 2015 et le 18 décembre 2020. Les articles sélectionnés portaient sur des interventions de médiation en santé ou des approches similaires auprès de populations éloignées du système de santé, mises en œuvre dans des pays à revenu élevé et qui identifiaient les conditions d'efficacité de ces interventions. Nous avons créé une grille d'analyse bidimensionnelle des données recueillies : une dimension descriptive de l'intervention et une dimension analytique des conditions de faisabilité et succès de la médiation en santé.

22 articles ont été sélectionnés et analysés. La revue exploratoire a souligné de nombreuses caractéristiques de la médiation en santé qui articulent des actions d'éducation et de navigation dans le système de santé, ainsi que la mobilisation, l'engagement et la collaboration des acteurs locaux entre eux et avec les populations. Les conditions de faisabilité et de succès ont été regroupées dans un cadre conceptuel de la médiation en santé V1 (figure 5).

La revue a permis de discuter les difficultés de la position d'interface du tiers médiateur et de faire émerger les approches et logiques parfois divergentes qui traversent la médiation en santé.

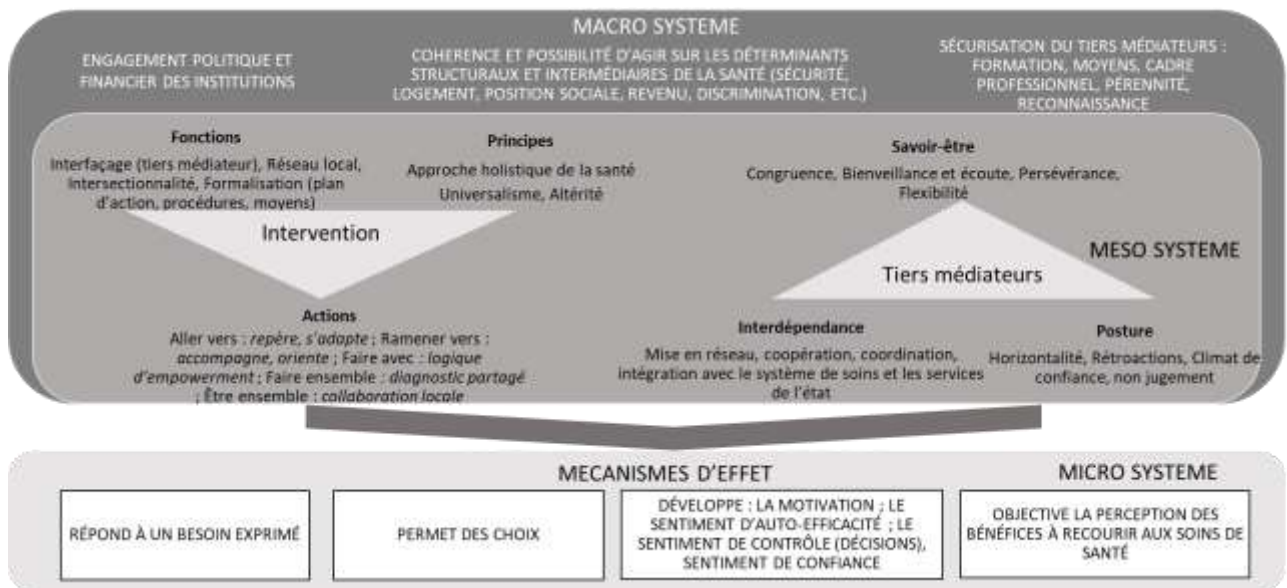


Figure 5 : Cadre conceptuel de la médiation en santé V1

3.1.2 Article

Ce travail a été publié le 20 septembre 2022 dans BMJ Open (85). Nous avons également élaboré une note de recherche pour faciliter la diffusion des résultats co-construit avec les médiateurs et médiatrices du PNMS (Annexe 2).

<https://bmjopen.bmj.com/content/12/9/e062051>

BMJ Open Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review

Elodie Richard ^{1,2} Stephanie Vandentorren,^{1,3} Linda Cambon ^{1,4}

To cite: Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open* 2022;**12**:e062051. doi:10.1136/bmjopen-2022-062051

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062051>).

SV and LC contributed equally.

Received 15 February 2022
Accepted 04 September 2022



© Author(s) (or their employer(s)) 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

¹PHAReS, Bordeaux Population Health, Centre Inserm U1219, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

²Health Pole, FNASAT-GV, Paris, France

³Direction scientifique et internationale, Santé publique France, Saint-Maurice, France

⁴CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

Correspondence to
Dr Elodie Richard;
elodie.richard.2@u-bordeaux.fr

ABSTRACT

Objective This article aims to analyse the conditions under which health mediation for healthcare use is successful and feasible for underserved populations.

Method We conducted a scoping review on the conditions for effective health mediation according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews standards. We searched for articles in the following databases: PubMed, PsycINFO, Scopus and Caim published between 1 January 2015 and 18 December 2020. We selected the articles concerning health mediation interventions or similar, implemented in high-income countries and conducted among underserved populations, along with articles that questioned their effectiveness conditions. We created a two-dimensional analysis grid of the data collected: a descriptive dimension of the intervention and an analytical dimension of the conditions for the success and feasibility of health mediation.

Results 22 articles were selected and analysed. The scoping review underlines many health mediation characteristics that articulate education and healthcare system navigation actions, along with mobilisation, engagement, and collaboration of local actors among themselves and with the populations. The conditions for the success and the feasibility were grouped in a conceptual framework of health mediation.

Conclusion The scoping review allows us to establish an initial framework for analysing the conditions for the success and the feasibility of health mediation and to question the consistency of the health mediation approach regarding cross-cutting tensions and occasionally divergent logic.

INTRODUCTION

Underserved populations include very heterogeneous populations.^{1 2} They are represented by all populations underserved by the healthcare system because of their living conditions, in particular, about material conditions and their socioeconomic precariousness (housing, employment, education, income), administrative precariousness (access to rights and administrative status, health coverage), their geographical

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- ⇒ We conducted a scoping review, to clarify key concepts and characteristics of health mediation rarely analysed.
- ⇒ The review was conducted by using two complementary approaches of health mediation: as an intervention or as a position in a professional function.
- ⇒ The review focused mainly on the structural conditions for the success and feasibility of health mediation for improving healthcare use for underserved population.
- ⇒ The polysemy of the term 'mediation' and the variety of different terms used to describe health mediation make it difficult to globally assess.
- ⇒ The effectiveness of health mediation is rarely really demonstrated.

mobility, or their psychosocial characteristics (integration and social support, history of the healthcare system use) and, on the other hand, to the inability of the system to organise and adapt to reach and support them.³ Underserved populations face specific systemic barriers, considered as structural factors: strong competitiveness with basic needs (ie, food insecurity, housing instability^{4 5}), discrimination,⁶ insecurity,² language barriers and difficulties in accessing healthcare interpreters.⁷ At the individual level, underserved people have social representations (ie, body, health, care perceptions) different from those dominant.⁸ This leads to a lowered benchmark for good health and underestimating the severity of the disease,⁹ and tends to hinder formulating a request for care, healthcare use or quality care.^{10–12} These populations are, in a way, subject to a threefold penalty: more exposed to the disease, less receptive to prevention messages, and finally, less use of healthcare. Therefore, interventions promoting healthcare use by underserved populations must go beyond the sole issue

of supply. They must promote the ability of services to adapt their organisations, to strengthen the abilities of people to make decisions favourable to their health and to support them in overcoming the obstacles encountered.¹² Simultaneously, they must develop programmes of access to rights, housing and employment, and tackle discrimination and exclusion.

Health mediation is one such intervention.^{11 13 14} Health mediation corresponds to connection mediation. It differs from healthcare mediation, which focuses on resolving conflicts within healthcare system.¹⁴ The French National Authority for Health (Haute Autorité de Santé, HAS) defines it as a temporary process of 'going towards' populations, health and social professionals and institutions and 'working with' people in a logic of empowerment of individuals.¹⁰ According to HAS, the 'going towards' approach has two components: (1) physical movement, 'outside the walls', towards the places frequented by underserved populations on the one hand and towards health professionals or institutions on the other; (2) openness towards others, towards the person as a whole, without judgement, with respect. This definition highlights the articulation between two functions: facilitating access to rights, prevention and care; and raising healthcare workers' awareness about the access difficulties.^{10 15} Finally, mediation involves third-party mediators, generating connections and participating in a change in representations and practices between healthcare workers and the population. This third party must enable the transformation of healthcare system as an element of socialisation.¹⁶ Characterising health mediation remains a difficult task because of its multifaceted nature, particularly in high-income countries (patient navigator, health mediators, relay individuals, etc). Moreover, the evaluation of health mediation provides very different results from one context to another, from one population to another. Apart from pioneering militant studies,^{17–19} no study has conclusively estimated its effectiveness and conditions of effectiveness.

This article aims to analyse the conditions under which health mediation for healthcare use is successful (ie, effective from authors' point of view) and feasible when applied to underserved populations and those exposed to numerous vulnerabilities, such as people living in precarious habitats, travellers, migrants and homeless people.

METHODS

We conducted a scoping review,²⁰ relevant when information on a given topic is not comprehensively examined, complex or diverse. It is thus particularly suitable for our subject as it allows (1) the identification of existing types of evidence in the field, (2) the clarification of key concepts or definitions, (3) the identification of key characteristics related to our subject and (4) the identification of knowledge gaps.²¹ We conducted this review according to Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews standards: checklist and explanation²² (see online supplemental appendix 1).

Article identification

We searched for articles in English and French, published between 1 January 2015 and 18 December 2020, in the following databases: PubMed, PsychINFO, Scopus and Cairn. We selected the articles based on a keyword search query organised around three concepts: health mediation as an intervention strategy (health mediation, community health, community approach, etc) or as a position adopted in a function (eg, health mediator, community health worker, peer mentor, etc), conditions of effectiveness, and underserved populations. The search equation is presented in online supplemental appendix 2.

Article selection

We selected the articles according to the following inclusion criteria:

- ▶ Health mediation interventions or interventions to 'going towards' local populations and actors and seeking to strengthen the empowerment of individuals by a third-party mediator,
- ▶ Intervention with a third-party mediator,
- ▶ Interventions implemented in high-income countries,
- ▶ Interventions conducted with underserved populations,
- ▶ Articles questioning the conditions of effectiveness of the interventions carried out,
- ▶ Articles in English and French.

The exclusion criteria were as follows:

- ▶ Interventions without the presence of a third-party mediator,
- ▶ Interventions conducted by peers (interface role with populations only),
- ▶ Health mediation interventions in which the third-party mediator provides care,
- ▶ Health promotion interventions that did not mobilise 'going towards' actions,
- ▶ Interventions implemented in low and middle-income countries,
- ▶ Interventions conducted in the general population,
- ▶ Methods promoting community engagement in research
- ▶ Articles that did not report the conditions of effectiveness of the intervention.

Data analysis

Data were analysed to help answer the following questions: What is the purpose of the study?; What is the target population?; What are the characteristics of the study?; What are the study designs in the different articles?; What intervention is implemented in detail?; What are the role and duties of the health mediator?; How is the intervention planned?; Is a community approach envisaged and implemented? If so, which one?; What is the implementation process?; What is the implementation context?; What are the identified effects of the intervention?; What are the conditions of effectiveness related to the context, the intervention, the actors, its organisation and the individuals?

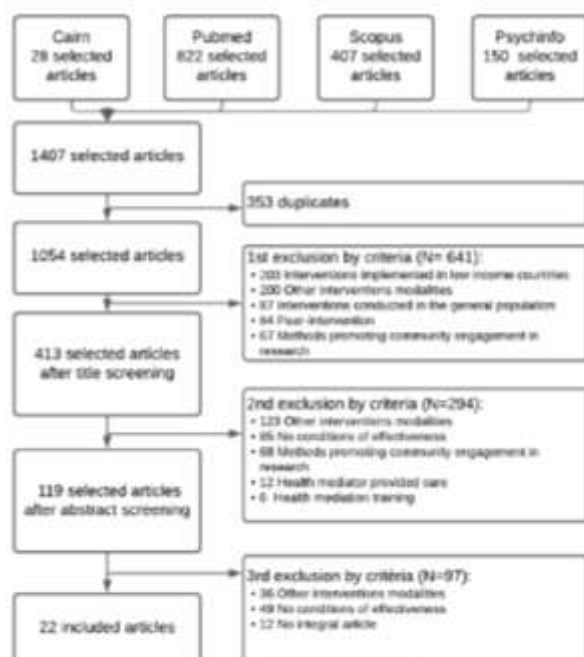


Figure 1 Flow chart for selecting articles according to established eligibility criteria.

Our analysis grid was built through two dimensions: (1) a descriptive dimension: design, planning, implementation process of health mediation, its effectiveness; (2) an analytical dimension assessing the conditions of its effectiveness (see online supplemental appendix 3). For the first dimension (1), we organised this description using two tools, the Template for intervention description and replication grid²⁵ and the Tool for the Analysis of Transferability and Support for the Adaptation of Interventions in Health Promotion (Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des Interventions en promotion de la santé, ASTAIRE).²⁴ For the second dimension (2), we grouped the identified conditions of effectiveness into five categories: the conditions related to the context, the intervention, the organisation of the intervention, the actors and the persons. Finally, we added an analysis of cross-sectoral collaborations, that is, the level of interaction between sectors or between actors and/or institutions using the work of Bilodeau *et al.*²⁵ For these authors, the first level of collaboration is networking, representing information exchange. Cooperation refers to working together to optimise resources to accomplish one's own goals better. This requires less interdependence between sectors than the coordination of actions. Coordination involves joint work between actors to make mutual adjustments to render actions more coherent and robust to achieve shared objectives. Integration aims to co-construct new, more systemic interventions (eg, multi-sector government policies) and requires the integration of objectives, processes, resources, and actions. It requires

an even higher degree of collaboration and interdependence between actors.²⁵

RESULTS

We identified 1407 articles. After selection, based on inclusion and exclusion criteria, and elimination of the duplicates, 22 articles were selected (see figure 1).

Description

Among the 22 articles, eleven were conducted in the USA,^{26–36} nine in France,^{16 17 37–43} one in the UK⁴⁴ and one in Australia.⁴⁵

Twelve articles presented case studies,^{16 17 26 27 32 33 35–40 42} seven from literature reviews,^{29 31 41 43–45} two from cohort studies^{30 34} and one article presented one randomised controlled trial.²⁸ A qualitative method was used in 20 articles, and a quantitative method in 2 articles.^{28 34}

Twenty articles presented studies conducted on third-party mediators (ie, 'person of trust, from or close to the population, competent and trained with guidance and support function; they create a link between the health-care system and a population that has difficulty accessing it'¹¹), and two collected data from persons of the intervention.^{33 45}

In seven articles, third-party mediators intervened with underserved populations in general,^{26 29–32 34 37} including one article with Travellers,³⁷ six articles with vulnerable populations,^{16 26 36 42–44} six articles with migrants,^{17 27 28 30 33 39} including three articles with Latin Americans^{27 30 35} and two articles with Roma.^{17 39}

Health mediation: descriptive aspects

The missions of health mediation

The interventions promoted healthcare and essential service use, two of which focused on mental healthcare use,^{37 40} and one on colorectal cancer screening.⁴¹ The health mediation intervention consisted of joint action methods by (1) education actions and navigation in care system aimed at persons, or (2) a third-party mediation.

The first type (1) referred to individual or collective educational actions. They offered support for persons in a logic of empowerment (ie, process by which an individual or a group acquires the means to strengthen their capacity for action).^{16 42 44 46} However, planned education actions were only possible when persons were stabilised and showed low competitiveness of needs, that is, the primary needs necessary for survival, such as food or housing, were secure.

The navigation actions focused on two complementary principles: the first is 'going towards', which locates and directs; the second is 'bringing back to', that is, the physical accompaniment of people to the healthcare system and essential services such as health insurance or social assistance services for persons.^{16 26 37 38 40 42 44 45}

These education and navigation actions helped people understand and accompanied them in their healthcare use (identification of the need and promotion of access).



Moreover, the health behaviours of third-party mediators were models of inspiration for behaviours favourable to persons' health.³⁵

The second type aimed to mobilise, engage and collaborate with local actors (ie, healthcare workers, social workers, decentralised state service agents and elected officials) and in particular healthcare workers to 'be together'. The role of third-party mediators is to identify and consider the specific needs of these populations^{26 30 33 37 39 41} in order to 'work together' to share a diagnosis.^{16 26 27 29 38 43 44} They developed collaborations to more or less formalise steering role, local networking by sharing knowledge between healthcare workers, social sector workers, and public health and social institutions.^{30 41 42} These collaborations are intended to acculturate actors to underserved population's needs^{37 39} and share concrete solutions for health. For example, free neighbourhood shuttles were set up to facilitate mobility to a medical centre following coordination between municipal services, third-party mediators and healthcare workers³²; or implementation of walk-in slots with healthcare workers to facilitate their availability about such as food or administrative insecurity and residential instability.^{16 32} These local actors formed a network capable of monitoring the difficulties encountered by underserved populations and helping research by collecting health data and healthcare use, as proposed by Harris and Haines,⁴⁴ during the COVID-19 pandemic in the UK.⁴⁴ So all actors could gather around a common interest or objective,^{37 41} although divergences, in particular between security versus health issues.^{58 41}

The health mediator

The term used to designate the third-party mediator differed according to the countries and populations. They were called health mediators in France,^{16 17 37–43} community health workers in the USA,^{26–29 31–33 35} the UK⁴⁴ and Australia,⁴⁵ 'promotor' in Latin American populations^{30 34} or navigator in France.⁴¹ We grouped them under the term 'health mediator'.

In the articles, the health mediators were employed mainly by associations^{16 17 37–40 42} with labile funds and a little perspective on contracts.^{27 44} As a result, there is no job security nor prospects for sustainability or career development.²⁷ Moreover, the training and profiles of health mediators were very heterogeneous.^{17 37–40 43 44} The training could be of variable duration (3 months and 2 years).⁴³ Some health mediators might not have a diploma,^{38 39 44} such as training in the health sector.^{37 40} They could come from the population or not, be trained or not. However, they acquired legitimacy with the population through their excellent knowledge of their territory, populations and local actors.^{28 33 41}

The professional framework for health mediation is under construction.^{26–29 32 43–45} There is a significant 'asymmetry' in the training offer, whether the course or its local availability.^{43 45} Additionally, health mediator training is considered complex as it must articulate

theoretical elements and integrate a degree of flexibility into the practice fields.²⁶ Thus, there is no standard of duration or content to guarantee the quality of training.²⁹ Health mediation competencies are poorly identified,⁴⁴ the content is not homogeneous,^{32 44} and the visibility and recognition of this exercise in an integrated manner in the healthcare system^{32 45} and the populations^{32 38 45} are not stabilised. A few authors have nevertheless proposed the development of skills repositories in order to facilitate the professionalisation process.^{27 28 32 38}

Effects of health mediation

Multiple outcome measures were used to determine the effects of health mediation on healthcare use: (1) participation rate in the health mediation actions, (2) criteria for essential services and healthcare use (eg, the number of entitlements to social security coverage issued),¹⁷ (3) health indicators (eg, measurement of body mass index or glycaemia).²⁹³⁵ Other articles, primarily literature reviews, took the effectiveness of health mediation for granted and presented only an analysis of the conditions.^{27 32 44}

Only one article included a process criterion—fidelity³⁰ and notably highlighted the need to ensure that mediation is proportionate to the needs encountered. In particular, mediation was adjusted in frequency and duration to the characteristics of the persons and to the extent of the health and access to health problems with which they were confronted.³⁰ The development stages of the health mediation action plan were covered in just one article. This was used to support its implementation on a French territory with the Roma and Traveller populations.¹⁷ However, the other articles mentioned planning, without specifying the development of the action plan and its stages, nor the anticipation of the necessary resources.

From the persons' point of view, health mediation needed to (1) respond to their needs as they expressed it,^{26 38} (2) respect their need for control over the situation,⁴¹ (3) promote their ability to make their decisions⁴¹ and (4) strengthen their sense of self-efficacy (the personal ability to think that they can overcome obstacles to seek care) and their motivation to healthcare use, in a positive environment conducive to healthcare use.^{34 35} Health mediation should also strive to strengthen the ability to make decisions favourable to health in a logic of empowerment.^{35 40 43} To this end, health mediators could reinforce people's perception of the healthcare benefits.³⁴

Conditions for the success and feasibility of health mediation: analytical aspects

Limited funding

Health mediation was facilitated by a political and financial commitment from public social and health institutions, both local and national.^{27 29} The funding period, however, was short (1–3 years).^{27 29} This lack of sustainability was unsuited to the needs³⁶ and created a form of insecurity for health mediators, particularly by a high turnover.³¹ Moreover, the articles also highlighted a poor connection between the needs of the people and the human resources available to implement mediation

actions.⁴¹⁻⁴⁴ Finally, a significant obstacle to the effectiveness of health mediation was highlighted: the difficulties encountered by health mediators in acting on the living conditions of the persons or health controversies relayed in the media.^{16-17, 42} However, the purpose of health mediation is not to transform them (eg, the squalor of communal reception areas made available to Travelers).¹⁷ In this context, the role of mediators turns out to be one of catching up with an inadequate system, whose effectiveness can only be reduced in the event of inconsistent policies.

Success from a population-based approach

Health mediation draws its success from its population-based approach,³¹⁻⁴⁴ that is, a holistic approach to health considering, on one hand, determinants outside the healthcare system, and on the other hand, the interdependence of these determinants and their systemic functioning. This approach differs from a disease-based and risk factor-based approach, often reduced to proximal behavioural factors. Thus, health mediation is accessible to the entire community and not only to those exposed to risk factors.⁴⁴ This approach allows openness toward others while respecting their perceptions of illness, health and care.¹⁷

Health mediation was organised at the local level through the collaboration of the local actors.^{26, 30, 37, 39, 41, 42, 45} The collaboration led to establishing a trust relationship between local actors.⁴² While this collaboration led to a better interdependence of the actors, it benefited by remaining flexible, adaptable and on the border of the organisations.^{27, 30, 38, 41, 42} Moreover, the necessary cross-sectoral work is a source of resistance in certain institutions for which this is not the traditional mode of operation.⁴⁴^{29, 38, 42, 44} Furthermore, the lack of development of a clear action plan limited its operationalisation.³¹

Need for integration into healthcare system

One of the significant conditions of health mediation on healthcare use was its integration into the care system.^{26-33, 37-39, 41, 43-45} The lack of integration of health mediators presented as missed opportunities, for example, through the lack of information sharing between health mediators and healthcare workers,^{27, 42, 44} or even the difficulty in relating the health problems of persons and the healthcare use difficulties.⁴⁴ The complexity of this integration lies in the difficulties of cooperation, setting up spaces for sharing knowledge^{27, 38} and the presence of power issues between the social and medical fields.³⁸ Notwithstanding these obstacles, some authors have proposed that health mediators serve as interfaces between 'health and non-health resources'^{28, 32, 44} and thus manage this collaboration.²⁸

Non-judgement communication posture and strong flexibility soft skills

The soft skills necessary for health mediation differed according to the persons of the intervention. A standard

base of soft skills and professional posture could nevertheless emerge. The first essential soft skill was congruence with the persons.^{28, 30, 32, 33, 38, 41, 45} This congruence could be cultural, ethnic, linked to the life history or linked to the disease experience. The health mediator had to present essential soft skills favourable to communication: benevolent, adapted, listening and respectful attitude.^{16, 28, 33, 35, 37, 41} Thus, communication had to be based on the principles of non-judgement, trust in the persons' ability to make decisions that are favourable to their health and understanding of their representations, for example, how a person considered traditional medicine or the place of religion in health.^{16, 28, 33, 37} Finally, the health mediator must show perseverance and great mental flexibility.⁴¹

These soft skills influence the mediator posture in their relationship with the persons. This must be based on equality, powers and knowledge sharing. This sharing takes root in the relationship of trust.^{16, 28, 32, 35, 38} The health mediator must offer support, favouring positive feedback during exchanges, or establishing 'contracts' of suitable and feasible progressive objectives while favouring the reinforcement of the persons' abilities to make decisions favourable to their health.^{28, 33}

These soft skills and posture characteristics facilitate the establishment of a climate of trust,^{16, 28, 32, 33, 37, 38, 42} which reinforces them. All of this contributes to strengthening the empowerment of persons.^{16, 28, 42}

Recruitment of health mediator

The recruitment of a health mediator is a crucial issue.^{26-29, 31, 38, 41} The choice of the health mediator's initial training was decisive, whether social or health training. Garcia and Grant²⁹ favoured the recruitment of healthcare workers-health mediators to promote their integration with care services.²⁹ In contrast, others favoured sociocultural training to facilitate integration within the populations.^{27, 31, 41} Indeed, Ingram *et al.*²⁷ specified that professionalisation could compromise cultural congruence.²⁷ They stated that whatever the obstacles, the health mediator must retain their ability to adapt, with the possibility of providing appropriate support, thanks to their soft skills and an accurate and adaptive posture acquired through training or experience.²⁷ For Gerbier-Aublanc,³⁸ it was possible to move away from cultural congruence (ie, the same culture or ethnicity as the population served) to facilitate the integration of the health mediator into the care system while maintaining congruence with the health mediator life history.³⁸

DISCUSSION

Towards a conceptual framework of health mediation

We conducted a scoping review which identified nine conditions for the success and feasibility of health mediation acting at different levels with underserved populations. This review underlines several characteristics of health mediation that articulate education and healthcare system navigation actions, along with actions of mobilisation, engagement,

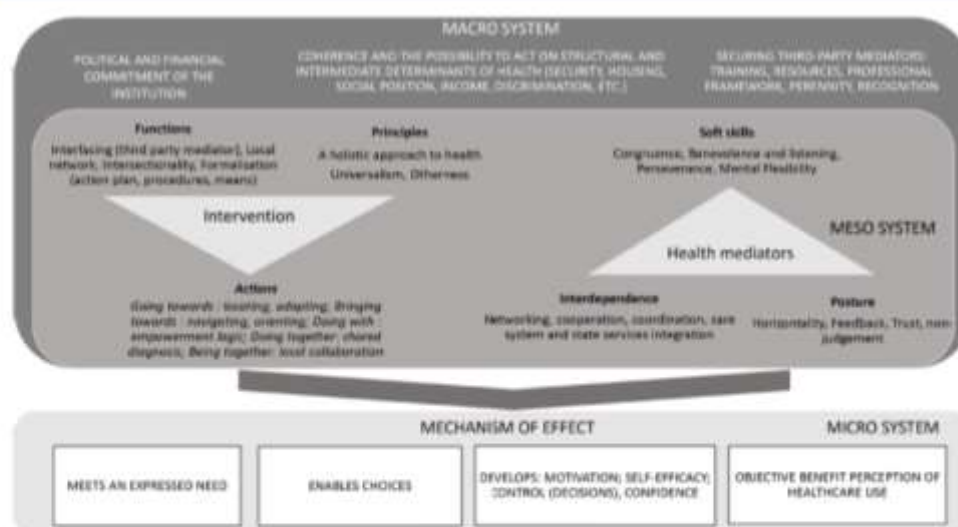


Figure 2 Conceptual framework of health mediation.

and collaboration of local actors among themselves and with the populations. Health mediation thus corresponds to a complex health intervention⁴⁷ because of its contextual anchoring.⁴⁸ Indeed, health mediation practices are multifaceted^{49,50} even though a joint intervention base exists. Health mediation has blurred boundaries in the healthcare system, torn between the community approach and the universalist paradigm, the biomedical and the social worlds.³⁸ Consequently, health mediation must combine various practices to adapt to a socially changing context and the populations' characteristics.¹⁰ To maintain this flexibility, health mediation could be considered as a systemic and dynamic process with multiple and permanent interactions between interventional and contextual components.⁵¹ Health mediation needs multiple interventions referring to multiple levels. It is an interventional system producing some mechanisms (ie, 'elements of reasoning and reaction of an agent about an intervention producing a result in a given context'⁵²) impacting themselves this interventional system.⁵¹ According to this systemic approach, we propose to map the data collected in a conceptual framework hypothesising their interrelations (see figure 2).

In this figure, the contextual components (ie, the factors external to the mediation intervention and which drive it) form the macro-system. This includes political and financial commitment, coherence and the possibility of acting on the structural and intermediate determinants of health, along with securing the health mediator in their activity. Additionally, other conditions for the effectiveness of health mediation are arranged within a meso-system closely circumscribing the actors and characteristics specific to the intervention, organised in three pillars: the principles (ie, approach or paradigm), the functions (ie, key elements of the intervention assumed to be the basis of its effectiveness and which cannot be adapted⁵³) and the actions of health mediation. The conditions linked to the health mediator are themselves

organised in three pillars: soft skills, posture, and the interdependence between health mediator and the local actors and the population. Finally, mediation's effect mechanisms, prefiguring its effectiveness in healthcare use, are positioned as seeking goals in mediation. It should be noted that although the persons remain central in this system, we were not able to collect in the literature any elements describing the characteristics specific to them. This constitutes a shortcoming that could be the subject of further research.

Interface difficulties: the inability to act on healthcare system organisation

The healthcare system is organised with a strong structural compartmentalisation between the social and medical worlds. It hinders the congruence of decision-making needed to manage the complex issues posed by underserved populations. Health mediation represents a 'border organisation',⁵⁴ interfacing with the different communities. This role is possible thanks to a combination of soft skills, such as flexibility and neutrality, know-how and professional postures, allowing for both the coexistence of divergent interests and the rallying around common objectives.⁵⁴ Nevertheless, this role raises some questions for health mediators: Aren't the issues at stake in the organisation of the healthcare system itself (ie, based on universality paradigm)? Indeed, the French healthcare system is built in a universalism paradigm. This has long made the idea of no access to care unthinkable.⁵⁵ Yet, what is universal (ie, the same service for all) is not necessarily equitable. Indeed, health equity is achieving the highest level of health for all people. It entails focused societal efforts to address avoidable structural inequalities by equalising the conditions for health for all groups, especially for those who have experienced socioeconomic disadvantage or historical injustices. This requires, among other things, rethinking the system and environments so that it adapts to the different needs of

the populations and understands the structural inequalities. Instead, health mediation catches up with the individual consequences of an inadequate system to the difficulties encountered by populations,³⁶ built by economic cost reduction considerations.^{49,56}

The second question is: Does health mediation seek to emancipate people or gently impose behavioural norms to bring people back to a system that is nevertheless inadequate? Indeed, although the term 'empowerment' is regularly used, it raises questions when health mediation aims to make adopted behaviours considered as 'good' by a third party. It is a normative approach, different from community health,⁵⁷ sometimes referred in articles, and calling for action⁵⁸ based on a process of knowledge and issues co-construction, rather than rallying some people to behaviours decided by others. Therefore, it could be necessary to clarify characteristics and goals of health mediation if the purpose is to provide autonomy: what autonomy? in whose eyes? for whom?⁵⁹

Study limitations

Our study has certain limitations. First, we have selected articles on titles only for feasibility reasons (selection on titles and abstracts would have identified 7514 articles). Even if the nature of the review (a scoping review) does not require exhaustive identification, this constitutes a limitation to the study.

The second limit is the polysemy of the word mediation and the variety of terms used according to the concept of mediation. They are some obstacles to the in-depth exploration of the actions carried out. Indeed, this led to identifying a significant number of articles. For example, we made the interventions conducted by peers in the equation finally excluded because they did not correspond to the same interventional logic. Consequently, we cannot exclude the possibility of selection biases. Moreover, we observed conceptions sometimes very far removed from mediation, from empowerment to 'bringing back to', which, as developed above, is closer to health education.

Additionally, the people's point of view is very poorly assessed in the articles: What do they think?; Are there any prerequisites for effective mediation? To complete the framework presented, observations and interviews with communities' members about their own experience are needed.

Finally, the review is based on articles using different methods and the effectiveness is unevenly addressed. Finally, the relevance of mediation is discussed from the actors' point of view more than effectiveness as an object of scientific demonstration. Moreover, it remains difficult to evaluate the effectiveness of health mediation without having clarified its purpose: to bring people back to a system not designed for them by making them adopt behaviours considered appropriate from the point of view of a third party? Or to give them the means to make an informed choice, including choosing not to use care?

CONCLUSION

Health mediation is more than ever on the agenda of health authorities. The scoping review allows us to draw up an initial framework for analysing the conditions of successful and feasible health mediation and to question the coherence of the approach to health mediation considering the divergent tensions and logic that permeate it. Thus, three questions remain: (1) How can we reconcile empowerment and the more normative logic of 'bringing back to?'; (2) How can we secure health mediators to promote the sustainability and effectiveness of mediation mechanisms?; (3) How can we resolve the tensions between a 'going towards' approach rendered almost palliative by the inability of the actors to modify 'the causes of the causes' of the lack of care?

Contributors ER has made substantial contributions to the conception and design, data collection and analysis, drafting and critical review of the manuscript for important intellectual content. LC and SV have participated in developing the review protocol, data collection and analysis and have contributed to the manuscript. They have also supervised this work. LC proposed the first version of the model. All authors discussed the results. They gave final approval of the version to be published. They agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. ER is the author responsible for the overall content as the guarantor. SV and LC are co-last authors.

Funding This work was supported by the French National Cancer Institute (INCA) (grant: 2021/008), and the National Federation of Associations in Solidarity with Gypsies and Travellers (Fnasst-GV).

Competing interests None declared.

Patient and public involvement Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting, or dissemination plans of this research.

Patient consent for publication Not required.

Ethics approval Not applicable.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data availability statement Data are available upon reasonable request.

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Elodie Richard <http://orcid.org/0000-0003-1908-3507>

Linda Cambon <http://orcid.org/0000-0001-6040-9826>

REFERENCES

- 1 Rockliffe L, Chorley AJ, Marlow LAV, et al. It's hard to reach the "hard-to-reach": the challenges of recruiting people who do not access preventative healthcare services into interview studies. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2018;13:8.
- 2 Legros M. *Pour un accès plus égal et facilité La santé et aux soins*. 54, 2021.



3. Bounaud V, Texier N. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. *GRS* 2017;37.
4. Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien Soc Polit* 2009;61:149-58.
5. Vallemoz C, Vandentoren S, Brondeel R, et al. Urgent healthcare needs in homeless women with children in the greater Paris area in France. *PLoS One* 2017;12:e0184136.
6. Quirke B, Heinen M, Fitzpatrick P. Experience of discrimination and engagement with mental health and other services by travellers in Ireland: findings from the all Ireland traveller health study (AITHS). *Ir J Psychol Med* 2020;27:1-11.
7. Abdalla S, Cronin F. Birth cohort study and for analysis of children's health status sections of census survey, et al. *All Ireland Traveller Health Study* 2010:200.
8. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res* 2000;34:1273-302.
9. Farnier C, Fano M, Magnani C. Trajectoire de soins des personnes SANS abri Marseille. Rapport de Recherche final Enquête TREPSAM. *ARS-PACAAPHMUM*. 2015; 3189, 136.
10. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de Prévention et de soins. 70, 2017.
11. Blanc G, Pelosse L. La médiation santé : Un outil pour l'accès à la santé ? *FRAES*. 22, 2010.
12. Haut conseil de la santé publique. Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité HCSP1012009
13. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. *OMS* 1978;90.
14. Guillaume-Hohung M. La Médiation. *Que sais-je ?* 2020;126.
15. ASAV. Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. *INPES* 2014;32.
16. Haschar-Noé N, Basson JC. Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé *Innovations*. 2019; 60, 121-44.
17. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. *Études Tsiganes* 2013;52:53-181-9.
18. DGS. 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. Paris: Ministère de la santé et des solidarités, 2006: 136.
19. Musso S, Delacourte H. Réinventer La roue? La difficile capitalisation des expériences de médiation en santé en France. *Conv Natl 2016* Sidaction Juin, 2016: 1-20.
20. Sucharew H, Macaluso M, Sucharew H. Progress notes: methods for research evidence synthesis: the scoping review approach. *J Hosp Med* 2019;14:416.
21. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, et al. Systematic review or scoping review? guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 2018;18:143.
22. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169:467-73.
23. Pichonnaz C, Grant K. Liste d'items TIDieR (Template for Intervention Description and Replication - Modèle pour la description et la réplication des interventions); 2016: 2.
24. Cambon L, Minary L, Ridde V, et al. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique* 2015;26:783-6.
25. Bilodeau A, anne PA, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat comment ça marche? *Chaire Rech Can Approach Communaut Inégalités Santé* 2019;43.
26. Menser T, Swoboda C, Sreck C, et al. A community health worker home visit program: facilitators and barriers of program implementation. *J Health Care Poor Underserved* 2020;31:370-81.
27. Ingram M, Sabo S, Redondo F, et al. Establishing voluntary certification of community health workers in Arizona: a policy case study of building a unified workforce. *Hum Resour Health* 2020;18:46.
28. Islam N, Shapiro E, Wyatt L, et al. Evaluating community health workers' attributes, roles, and pathways of action in immigrant communities. *Prev Med* 2017;103:1-7.
29. Garcia ME, Grant RW. Community health workers: a missing piece of the puzzle for complex patients with diabetes? *J Gen Intern Med* 2015;30:878-9.
30. Documet PI, Macia L, Thompson A, et al. A male Promotores network for Latinos: process evaluation from a community-based participatory project. *Health Promot Pract* 2016;17:332-42.
31. Kangovi S, Grande D, Trinh-Shevrin C. From rhetoric to reality—community health workers in post-reform U.S. health care. *N Engl J Med* 2015;372:2277-9.
32. Islam N, Nadkarni SK, Zahn D, et al. Integrating community health workers within patient protection and Affordable care act implementation. *J Public Health Manag Pract* 2015;21:42-50.
33. Katigbak C, Van Devarter N, Islam N, et al. Partners in health: a conceptual framework for the role of community health workers in facilitating patients' adoption of healthy behaviors. *Am J Public Health* 2015;105:872-80.
34. Balcázar HG, de Heer HD, Wise Thomas S, et al. Promotores can facilitate use of recreational community resources: the MI Corazón MI Comunidad cohort study. *Health Promot Pract* 2016;17:343-52.
35. Falbe J, Friedman LE, Sokol-Gutierrez K, et al. "She Gave Me the Confidence to Open Up": Bridging Communication by Promotores in a Childhood Obesity Intervention for Latino Families. *Health Educ Behav* 2017;44:728-37.
36. Saint Onge JM, Brooks JV. The exchange and use of cultural and social capital among community health workers in the United States. *Social Health Illn* 2021;43:299-315.
37. Trompesance T, Jan O. Accès aux soins en santé mentale et médiations en santé. *Expérience rouennaise destination des gens Du voyage VST - Vie Soc Trait*. 2020; 146, 5-8.
38. Gerbier-Aubanc M. La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel - L'exemple des immigré-e-s vivant avec le VIH en France. *Zenodo* 2020;14.
39. Lahmidi N, Lemonnier V. Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles rhizomes. 2018; 68, 10-11.
40. Erholm L, Rivière M, Chappuis M. Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017). *Revue* 2018;34:187-203.
41. Ramone-Louis J, Buthion V. Réduire les disparités de participation au dépistage du cancer colorectal par une organisation la frontière du dispositif de prévention : quand analyse de terrain et théorie se rejoignent. *J Gest Econ Médicales* 2016;34:215-38.
42. Haschar-Noé N, Basson J-C. La médiation comme voie d'accès aux droits et aux services en santé des populations vulnérables. Le cas de la Case de santé et de l'Atelier santé ville des quartiers Nord de Toulouse. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2019;67:558-9.
43. Haschar-Noé N, Béraut F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Santé Publique* 2019;31:31-42.
44. Harris MJ, Haines A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. *J R Soc Med* 2012;105:330-5.
45. Sharma N, Harris E, Lloyd J, et al. Community health workers involvement in preventative care in primary healthcare: a systematic scoping review. *BMJ Open* 2019;9:e031666.
46. Baoque MH. Territ Mens Démocr Locale. In: *L'intraduisible notion d'empowerment vu au fil des politiques urbaines américaines*. 2005: 460, 32-5.
47. OMS. International classification of functioning, disability and health (ICF). 20, 2018.
48. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Res Policy Syst* 2021;19:95.
49. Fagot J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie ERES. 304, 2015.
50. Tapia C. La médiation : aspects théoriques et foisonnement de pratiques. *Conversations* 2010;93:11-22.
51. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health* 2019;19:339.
52. Lacouture A, Breton E, Guichard A, et al. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci* 2015;10:10.
53. Howe P, Shiel A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol* juin 2009;43:267-76.
54. Peton H. Organisation frontière et maintien institutionnel. Le Cas Du Comité permanent amianite en France. *Rev Française Gest* 2011;217:117-35.
55. Fassin D. L'internationalisation de la santé : entre culturalisme et universalisme 1940. *Espril* 1997;229:83-105.
56. Rouzé V. Médiation/s : un avatar du régime de la communication ? *Enjeux Inf Commun*. 2010; Dossier 2010:2:71-87.
57. Desgroseillers V, Vonax N, Guichard A. La santé communautaire en 4 actes. *Repères, acteurs, démarches et défis*. 364, 2007.
58. Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire. *Les repères des démarches communautaires*. 3, 2009.
59. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Rech Soins Infirm* 2012;110:13-20.

3.2 Etape 2 : Mécanismes de la médiation en santé favorisant le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé : une étude qualitative fondée sur la théorie

3.2.1 Synthèse

L'article visait à identifier les mécanismes de la médiation en santé et comprendre comment ces mécanismes favorisent le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

Nous avons mené une étude qualitative basée sur la théorie de novembre 2021 à mars 2022 auprès de personnes vivant dans des habitats informels de Gironde et de la ville de Marseille en France. À l'aide d'observations flottantes, 18 entretiens informels ont été réalisés suivant un guide d'entretien pour collecter des données sur leurs besoins perçus en santé, les mécanismes qui, selon les participants, pourraient influencer leur recours aux services de santé, et les stratégies qu'ils ont déjà mises en œuvre pour les utiliser. Une analyse de contenu thématique a ensuite été réalisée sur la base d'un méta-modèle de recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé incluant les mécanismes qui l'influencent.

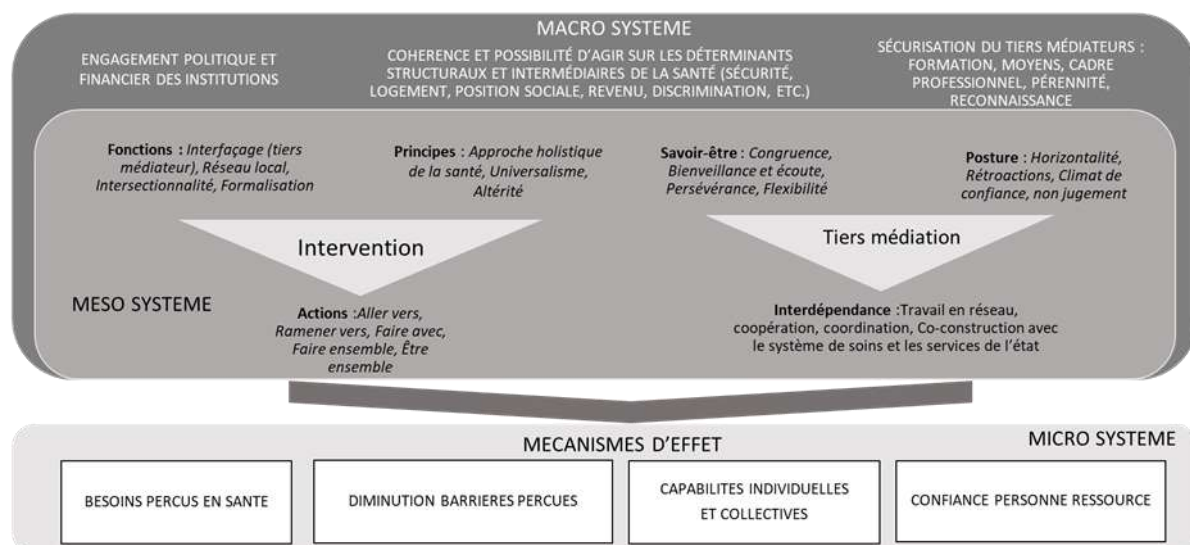


Figure 6 : Cadre conceptuel de la médiation en santé V2

Les résultats ont mis en évidence et validé cinq mécanismes de médiation en santé influençant le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées : les besoins perçus en santé, les obstacles perçus pour l'utilisation des services de santé, la confiance envers une personne ressource, les capacités individuelles et collectives. Plus précisément, les besoins non perçus en santé et les barrières perçues pour l'utilisation des services de santé limitent le recours, tandis que la confiance envers une personne ressource et les capacités individuelles favorisent le recours en vue de réduire une gêne physique. Enfin, les capacités collectives favorisent le recours aux services de santé en vue

d'améliorer le bien-être physique et mental. Cette étude a complété le cadre d'analyse en amendant ou intégrant les mécanismes favorisant le recours aux services de santé dans le cadre conceptuel V2 (Figure 6).

3.2.2 Article

L'article a été soumis à *Frontiers in public health* le 8 Juin 2023.

Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study

Richard E¹², Ramiz L³, Martin Fernandez J³⁴, Cambon L*³⁴⁵ - Vandentorren S*¹⁶

¹ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, PHARes, CIC 1401, F-33000, Bordeaux, France

² Fnasat-GV, F-15019 Paris, France

³ CHU de Bordeaux, Service de prévention, F-33000 Bordeaux, France

⁴ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, Mérisp/PHARES, Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France

⁵ Univ. Bordeaux, ISPED, Chaire Prévention, F-33000 Bordeaux, France

⁶ Santé Publique France, F-94410 Saint Maurice, France

*LC and SV are co-last authors and contributed equally to this work.

Corresponding author: Elodie Richard (elodie.richard.2@u-bordeaux.fr)

Abstract

Context: To facilitate healthcare utilization by underserved populations, it is necessary to implement interventions adapted to their living conditions. Health mediation could be one such intervention. This study aimed to identify health mediation mechanisms that influence healthcare utilization by underserved populations, and to understand their effects on related behavioral change.

Method: We conducted a theory-driven qualitative study from November 2021 to March 2022 with people living in informal housing in the Gironde area and the city of Marseille in France. Using convenience sampling with floating observations, 18 informal interviews were conducted by a trained interviewer who used an interview guide to collect data on participants' perceived health needs, mechanisms which participants perceived could influence healthcare utilization by underserved populations, and strategies they already implemented to utilize healthcare. A thematic content analysis was then performed based on a meta-model of underserved populations' healthcare utilization which contained mechanisms that influence it.

Results: The results highlighted and validated five health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations. Specifically, perceiving no health needs and the presence of barriers to healthcare utilization both limited utilization, while trust in a resource person and one's individual capabilities fostered utilization with a view to reducing perceived physical discomfort. Finally, collective capabilities also fostered healthcare utilization with a view to improving physical and mental well-being.

Discussion: Health mediation should be considered as an intervention that comprehensively takes account of people's perceived health needs, develops trust in a resource person, and facilitates collective empowerment - through an alliance between health mediators, underserved persons and other stakeholders - in order to combat the structural causes of a lack of adequate care and prevention.

Keywords: mechanisms, underserved populations, health mediation, healthcare utilization

Background

Underserved populations are all persons underserved by the healthcare system because of their living conditions and the system's inability to organize and adapt in order to reach and support them. They have very heterogeneous profiles (1). Underserved populations have higher morbidity and mortality rates than the general population (2,3) because of three interrelated mechanisms: socially differentiated exposure to disease, a higher prevalence of comorbidities, and less access to healthcare services. Furthermore, prevention messages are not adapted to their living conditions. Accordingly, underserved populations are less receptive to prevention messages and do not utilize healthcare enough despite their specific needs (4–7).

Healthcare utilization is a concept that integrates the recognition of a health need, the intention to access healthcare for that need, and the consequent use of healthcare (8). These three elements bring up the question of people's perception of health needs, and their ability to obtain necessary appropriate services in a prompt and barrier-free manner (9). Underserved populations face many barriers to healthcare utilization when they wish to start or resume care (2,9,10). This is partly due to the fact that healthcare utilization is socially differentiated, in terms of age, gender and health status (11). Their prioritization of health needs in relation to other basic needs (e.g., food, housing, employment, education) is different to that of the general population in terms of time, risk and the place they give to health in general. Their urgent need to survive limits their perception and expression of health needs (2,4,12). In addition, poor social support and limited social networks (5), cultural barriers (6)(9), low rates of health literacy (10), stigma (5), internalization of social norms concerning medical care and related services (13), and negative experiences with the healthcare system (14), are all factors that are more prevalent among the most disadvantaged and least educated populations and which impact their healthcare utilization. Finally, previous studies have highlighted the role of different elements of accessibility to healthcare services in the underutilization of healthcare, such as accessibility to rights (15), as well as geographical (10,16), financial (17–20) and organizational (e.g., availability of a health professional or digital service to access health services) accessibility (15,18,21).

Underserved populations experience various dimensions of vulnerability including "having", "knowledge" and "power" deficits, which are cumulative (15). Any tailored intervention to foster their healthcare utilization should take these deficits into consideration. Health mediation could be one such intervention (22,23). The French national Authority for Health (HAS) defines health mediation as a temporary process of going towards populations (i.e., outreach), health and social workers and institutions, and working with people in a logic of empowerment (22). To date, no study has demonstrated its effectiveness in an experimental context.

ECEMSo is a two-part project which aims to develop a health mediation conceptual framework (first part, primary ECEMSo study) and to analyze health mediation effectiveness (second part, ECEMSo case study) in healthcare utilization by underserved populations. The primary ECEMSo study, which comprised three stages, aimed to develop a conceptual framework for analyzing health mediation. In the first stage (1), our team presented the theoretical conditions necessary for the feasibility and success of health mediation to influence healthcare utilization by underserved populations by developing a health mediation conceptual framework. Although the internal and external contextual factors of health mediation were comprehensively identified in that first version of the framework, the mechanisms by which health mediation could influence healthcare utilization were not specified. According to the realist paradigm, a mechanism is "an element of reasoning and reactions of agents

regarding the resources available in a given context to bring about changes through the implementation of an intervention, and evolves within an open space-time and social system of relationships” (24). This article describes the second stage of the primary ECEMSo study. The objective here was to complete the initial health mediation conceptual framework by identifying and describing healthcare utilization mechanisms and understanding their effects on healthcare utilization behaviors in underserved populations.

Materials and methods

To complete our health mediation conceptual framework, we performed the following research actions using a theory-driven approach (25). In step 1, we developed a meta-model of healthcare utilization by underserved populations containing mechanisms that influence it. In step 2, we led a qualitative exploratory study to validate and, if necessary, to add further mechanisms not identified in step 1 which influence healthcare utilization. We describe these two steps in detail below.

Step 1: Development of a meta-model of underserved populations’ healthcare utilization containing mechanisms that influence it

The objective of this step was to identify and describe healthcare utilization mechanisms. To do so, we identified psycho-social theories that explain behavioral change in healthcare utilization and that highlight associated factors and mechanisms. We selected theories that: (i) highlighted factors and mechanisms of change, or the adoption of a behavior, (ii) considered these factors and mechanisms in a context where persons perceive a lack of control over their lives and/or their inability to control them, (iii) integrated factors which were external to the person (i.e., socio-environmental), and (iv) considered that external factors both facilitate and limit healthcare utilization.

With these criteria in mind, we selected the Health Belief Model (HBM) adapted by Rosenstock et al. in 1988 (26), the Theory of Planned Behavior (TPB) by Ajzen revisited in 1991 (27), the behavior model for vulnerable populations (BMVP) by Gelberg and al. (7), and the theory of interpersonal behavior (TIB) by Triandis et al. (28). The constructs of each model are described in Supplementary Material Table 1.

The HBM highlights mechanisms activated by the provision of knowledge about disease (26), specifically perceived threat and severity of illness, perceived susceptibility to being affected, perceived benefits of adopting health-promoting behavior, and perceived self-efficacy.

TCP incorporates individual external factors (27). These act on the person’s attitudes, social norms (e.g., subjective and injunctive) and perceived control, influencing intention to engage in a behavior, which in turn influences behavior. In the TCP, behavioral change is primarily influenced by the perception of control over one’s life (i.e., perceived control) and the intention to adopt the desired behavior. In this theory, attitudes (i.e., cognitive and emotional responses to the thought of engaging in a behavior plus a subjective evaluation of the consequences) are the result of personal medical history, perceived usefulness and benefits of healthcare utilization, perceived severity of illness, and vicarious experiences. Perceived control consists of three elements: a perceived threat of illness, perceived barriers to using healthcare services, and perceived self-efficacy.

The BMVP is a derivative of the specific behavior model Health Service Use (BMHSU) which was developed by Andersen et al. (29). They determined the existence of i) factors which predispose people to utilize healthcare (‘predisposing factors’), ii) factors enabling (or limiting) its utilization, and iii) individual care needs (‘health need factors’). The BMHSU considers both external factors, such as social determinants (e.g., social position, housing, education, employment, etc.), and factors specific to the

healthcare system. In 2000, the BMHSU was adapted to vulnerable populations. This adaptation is reflected in the division of each BMHSU factor into two parts: one grouping the 'classic' factors common to different populations, and the other grouping factors more specific to populations exposed to 'social vulnerability'. Both the BMHSU and the BMVP also highlight another mechanism called 'perceived health needs', which generates an intention to take action for one's better health, which translates into effective healthcare utilization (7).

Finally, the TIB adds the force of habit and factors enabling or limiting the required behavior to the intention to adopt a behavior (28). As our study population (i.e., underserved persons) is exposed to severe social vulnerability, and perceives that they have limited control over their lives, it is crucial to identify the place that these enabling or limiting factors have in the meta-model.

To develop the meta-model, we first identified factors and mechanisms within each of the four selected models. We then hybridized these factors and mechanisms. Finally, we identified how factors related to mechanisms of change or to the adoption of a behavior using the TIB.

Step 2: Qualitative exploratory study

Study design

This theory-driven qualitative exploratory study (25) was designed to i) validate and, if necessary, add to the list of healthcare utilization mechanisms highlighted in the meta-model, and ii) understand their effects on healthcare utilization behaviors in underserved populations. It was conducted from November 2021 to March 2022 among underserved populations in three communes - Libourne, Bordeaux, Lesparre - in the Gironde area of southwestern France, and in the city of Marseille in the Bouches-du-Rhone area of southern France.

Study population

The study population comprised underserved populations living in informal housing. Informal housing can be defined as housing that "deviates, often temporarily, from a set of land, architectural, urban planning, landscape and social standards. Most of the time, it is spontaneous, which does not mean that it is not organized" (30). The participants in our study lived in caravans or squats and were in a very precarious socioeconomic situation.

In order to meet the study population more easily and to have easier access to them, we accompanied investigators who were currently conducting two epidemiological studies in underserved populations. The first is a descriptive cross-sectional study of Travelers' health status and healthcare utilization in the New Aquitaine region (which includes the three southwestern communes mentioned above) (19); the second is a cohort study on PreP utilization by sex workers in Marseille (FASSETS study) (31). We conducted a convenience sampling. To do so, our study interviewer conducted floating observations (32). Floating observations consist in remaining available in all circumstances, in not focusing attention on a specific object, but instead 'floating' so that the information which the investigator observes penetrates him/her without any filter or preconceived ideas, until reference points and convergences appear which can then be analyzed in order to discover underlying rules (32). To perform the interviews, she went door-to-door in the various informal housing structures, and asked people who were available to step outside in order to conduct the informal interview.

Data collection

We conducted eighteen informal interviews (33) which lasted between twenty minutes and one hour. They were conducted as informal focused conversations (33), using an interview guide which was

created beforehand, and examined the following themes: i) perceived health needs (i.e., the relationship between the participant's perceived health status - whether openly expressed by the participant or gleaned by the investigator- and his/her perceived health needs), ii) his/her representations of health, care and illness, iii) mechanisms that, in his/her opinion, could have foster or hinder healthcare utilization, and iv) strategies he/she had already implemented to better utilize healthcare. The interviews were transcribed in the form of narrative notes (33).

Analysis

The interviews were described and analyzed. The following questions guided the analysis of healthcare utilization mechanisms: Did the interviews include any of the mechanisms identified in the meta-model? Were additional mechanisms to those already in the meta-model present? (SM Table 2). The following questions guided the analysis of the effects of mechanisms on healthcare utilization behaviors: Were there different ways in which participants utilized healthcare services? If so, what were they? What mechanisms generated them? Were there mechanisms that encouraged participants to utilize healthcare? If so, what were they and why? Would this encouragement be related to any particular mechanism?

A thematic content analysis was performed based on a meta-model of underserved populations' healthcare utilization which contained mechanisms that influence it. The elements integrated into the meta-model coupled with an inductive approach to identify additional elements comprised the various themes explored. Each interview was coded independently by two trained researchers, followed by a discussion of divergent codings until consensus was reached. The analysis was performed using Nvivo® software.

Results

Step 1: Meta-model of the underserved populations' healthcare utilization with theoretical mechanisms that influence it

Figure 1 shows the hybridization of the four theoretical models used, and two theoretical mechanisms that influence underserved populations to utilize healthcare (Figure 1).

Two types of mechanisms emerged: perceived health needs and individual capabilities. The latter contained three sets of mechanisms: attitudes, perceived control, and social norms. The first two of these sets included a subset of mechanisms (e.g., vicarious experiences, perceived barriers) (see Fig 1). Individual capabilities are defined as "the real potential and power that a person has and what he or she can do and achieve in terms of choices that he or she values" (34). For example, people have the ability to achieve or be what they consider to be valuable for themselves. In our study context, if they consider healthcare utilization to be valuable for themselves, their individual capability will encourage their intention to access utilize it.

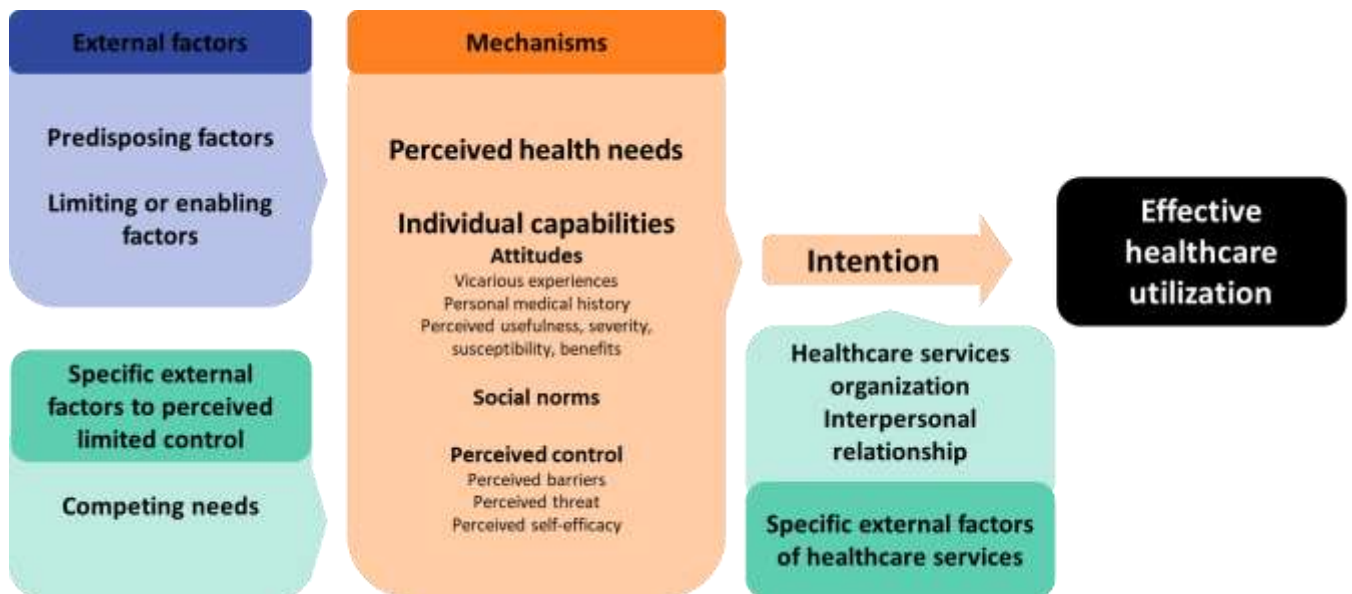


Figure 1: Meta-model of healthcare utilization by underserved populations containing theoretical mechanisms that influence it

Step 2: Qualitative exploratory study

Study population characteristics

The informal interviews were performed in nine different informal housing structures. Of these, five were in rural areas with little influence from an urban center and four were in urban areas. Fifteen women and three men were interviewed. Of these, ten were under forty years old. Fourteen lived in caravans and four in squats. All participants in the study had a high school education or less. Two men had dropped out of school in the middle of middle school. Half of the participants were not working, and the other half were doing "occasional odd jobs". They lived on occasional incomes deemed insufficient to live on.

Description of the healthcare utilization mechanisms mentioned in the interviews

Figure 2 groups together the health mediation mechanisms mentioned in the interviews.

The same two types of mechanisms present in the meta-model were also identified in the interviews: individual capabilities and perceived health needs. The former comprised four sub-mechanisms, as follows: i) perceived usefulness, severity, vulnerability, threat, and self-efficacy, ii) health self-awareness, iii) a normative climate favorable to utilizing healthcare, and iv) perceived barriers to using health services. Only people who were ill and who experienced physical discomfort in their daily life perceived that they were vulnerable to illness. Perceived barriers to using health services were associated - for all respondents - with poor living conditions and a feeling of inability to have control over one's life.

The 'additional' types of mechanisms identified in the interviews but not present in the meta-model were trust in a resource person (e.g., relative, social or health worker including health mediator, religious representative, ...), individual capability (i.e., the feeling of being autonomous in managing one's daily life and taking care of oneself) and collective capabilities (as per Fayn et al.'s list (35). Collective capabilities refer to "the real potential and power that a person has and what he or she can do and achieve in terms of choices that he or she values" (34) for and within his or her community (i.e., group of people concerned by the problems encountered in a geographical area (inhabitants, professionals, elected representatives, institutions)). In our study, collective capabilities comprised a

set of sub-mechanisms including self-decentralization (i.e., the ability to keep distance from oneself and one’s point of view, to be able to put oneself in someone else’s shoes and understand their point of view and their feelings), the ability to locate and evaluate health information and navigate the health system (i.e., health literacy), social skills and agentivity (i.e., “the ability of an individual to act on what he or she considers to be valid” (34)).

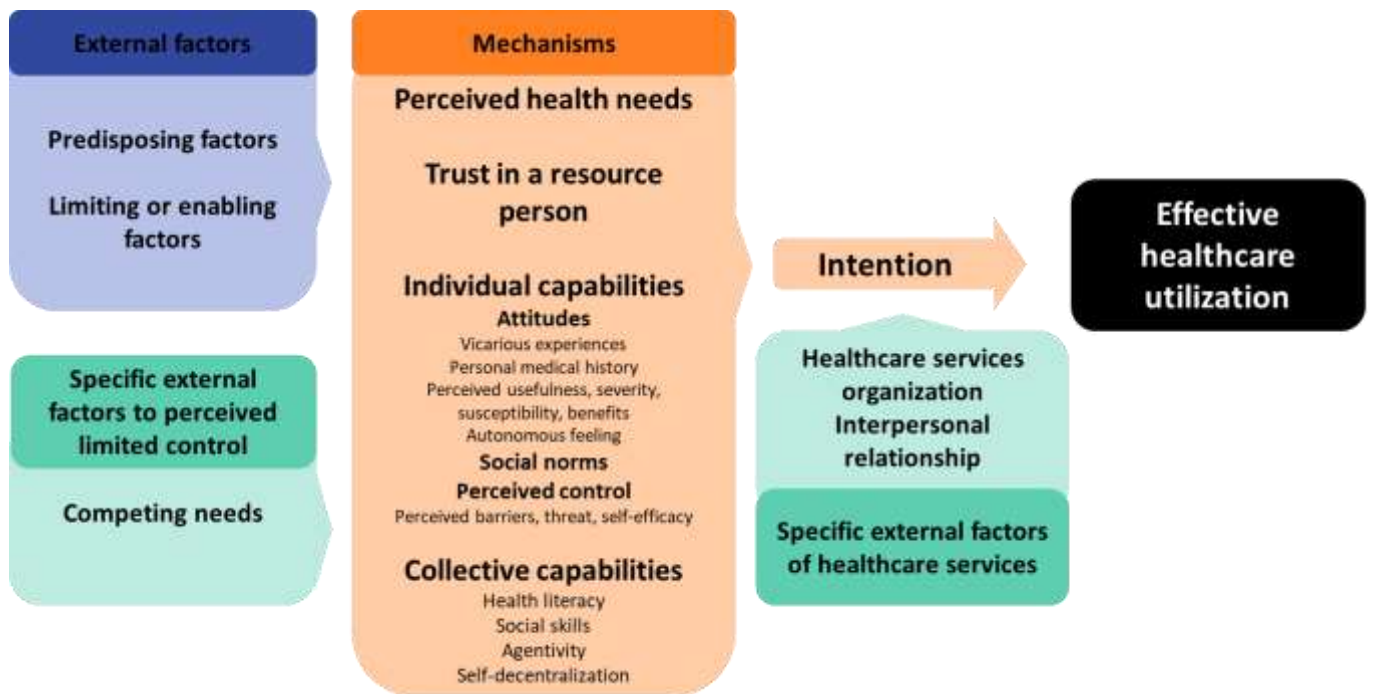


Figure 2: Meta-model of healthcare utilization by underserved populations containing all mechanisms (i.e., theoretically validated and additional interview-based mechanisms) that influence it

Effects of final list of mechanisms influencing the utilization of healthcare by underserved populations

The final list of identified mechanisms (i.e., theoretically validated and additional interview-based mechanisms) systemically influenced each other positively or negatively to create a positive or negative effect on healthcare utilization.

A strong influence of perceived health needs: Perceived health needs had a strong influence on healthcare utilization despite the presence of other mechanisms that a priori fostered it. Accordingly, even if people i) perceived they could autonomously manage their daily lives and take care of themselves, ii) perceived that their health status was poor and they were vulnerable to illness, and iii) lived in a social environment which favored healthcare utilization, they nonetheless did not effectively utilize it if they did not perceive a health need.

The major role of perceived barriers to using healthcare services: Even if the person perceived no health need and was aware of his/her poor health status, the perception of the barriers that first needed to be overcome in order to act and to utilize healthcare encouraged him/her to forego it. The barriers cited were a feeling of discrimination, housing instability, the absence of a place to live, indecent housing, financial insecurity, loss of trust in the health authorities, and the feeling of inability to act on day-to-day problems.

The important role of the absence of physical discomfort: Even if the person perceived no health need but expressed trust in a resource person - in addition to perceiving all the mechanisms mentioned in the previous paragraph (i.e., sense of autonomy, poor health status, etc.) - then if physical discomfort

appeared and interfered with daily life, he or she would only use healthcare services according to the advice provided by a trusted resource person.

If instead the person perceived a health need because of physical discomfort, it was nevertheless necessary to possess a set of individual capabilities (i.e., self-awareness, a sense of autonomy, perceived self-efficacy, and an understanding of the perceived vulnerability and severity of their illness, as well as the usefulness of the recommended health actions) to use healthcare services to reduce these disabling symptoms.

Healthcare utilization for physical and mental well-being: healthcare utilization for physical and mental well-being required both individual capabilities (mentioned above) and collective capabilities. People with self-decentralization skills were able to help the community utilize healthcare services.

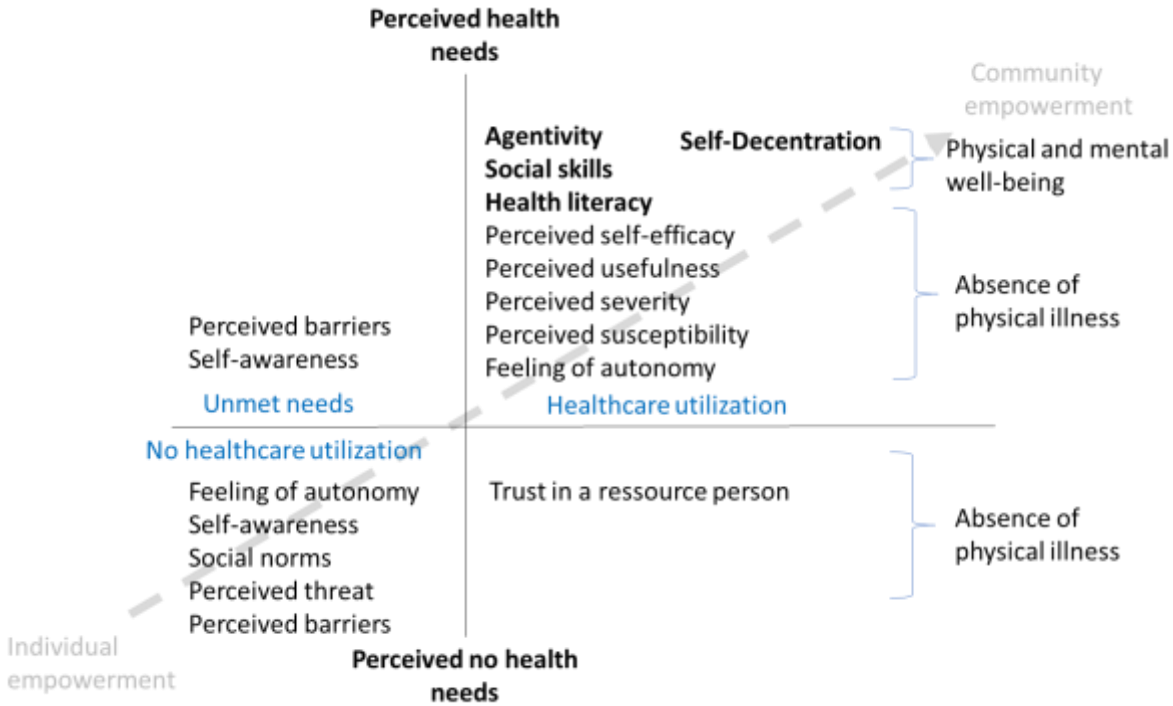


Figure 3: Effects of final list of mechanisms on utilization of healthcare by underserved populations, based on perceived health needs

To summarize, in terms of the five healthcare utilization mechanisms which emerged, perceived health needs was the fundamental mechanism influencing healthcare utilization. Participants who did not perceive a health need did not use healthcare services. However, these same people would use healthcare services if they trusted a resource person, but only upon presenting a disabling physical symptom. Instead, for persons who perceived a health need, perceived barriers to utilizing healthcare services hindered their intention to access them and led to unmet needs. Having a set of individual capabilities fostered healthcare utilization in persons with a disabling physical symptom, while a set of collective capabilities was necessary to foster healthcare utilization for physical and mental well-being.

Discussion

Summary of results

This second stage of the primary ECEMSo study identified five mechanisms: perceived health needs, perceived barriers to using healthcare services, trust in a resource person, a set of individual capabilities, and a set of collective capabilities. In the first stage of the primary ECEMSo study, we

performed a scoping review to elaborate the conceptual framework for analyzing health mediation, (1). In that initial version of the framework, expressed health needs, trust and a set of individual capabilities already emerged as key mechanisms. The present study helped us to i) specify expressed health needs with perceived health needs, ii) specify trust in a resource person, iii) complete the list of individual capability mechanisms, and iv) identify and specify collective capabilities.

Accordingly, health mediation should act on the emergence of perceived health needs and the reduction of perceived barriers to using healthcare services while promoting people's trust in a resource person and supporting the development of individual and, above all, collective capabilities to enable underserved populations' healthcare utilization for physical and mental well-being.

Major levers for action among underserved populations

Acting on health determinants

Our study confirms the fundamental role of perceived health needs in healthcare utilization highlighted in other studies (7,12,15,29,36). This particular mechanism brings up the question of whether underserved populations place enough value on health. If health only becomes a concern when physical symptoms appear, it is not because health has a value in itself but because it has a function. In situations of social precariousness, being 'healthy' is no longer an end in itself, "but becomes once again a means to an end (to move, to maintain oneself, to work, etc.), an individual tool, necessary for the survival of daily life" (36). Because of the lack of value given to health by underserved populations, in order to encourage the emergence of health needs, it is necessary to reduce competition with other needs linked to survival (financial, housing, food, work, and family burden) when prioritizing. To achieve this, health mediation should encourage perceived health needs by acting on health determinants (i.e., factors which influence the state of health of the population, without necessarily being direct causes of problems or illnesses, which, in our context, would be all the external factors in this study's meta-model) in the same way it does among the underserved people and stakeholders it sensitizes and with whom it works. In this way, health mediation will enable underserved populations to utilize healthcare by working to limit the barriers they encounter in using healthcare services, and thereby generate perceived health needs. If health mediation only focuses on underserved populations and stakeholders without addressing health determinants, then underserved populations may only utilize healthcare services when they experience disabling physical discomfort and if they trust a resource person.

Developing collective empowerment

Our study also emphasizes that health mediation must promote the development of individual and, above all, collective capabilities among underserved people in interpersonal relations in order to stimulate a facilitating social and collective context. These capabilities enable the person's intention to utilize healthcare utilization within his or her community if he or she considers it worthwhile. This intention corresponds to empowering oneself to access care. The individual capabilities identified in our study correspond to factors of individual empowerment (35,37,38). Empowerment is as much a process as it is a status. Fayn et al. (35) highlighted factors that are prerequisites for the evolution of the process of empowerment from an individual to a more collective basis (i.e., community, collaborative and societal empowerment), which include health literacy, agentivity, social skills and self-decentralization. Collective capabilities are factors of community empowerment (35). Our results show that underserved people use healthcare services for improved well-being with the help of community empowerment that is more collective in nature. Health mediation must therefore

accompany the development of individual and especially collective capabilities to encourage healthcare utilization, not only for disabling symptoms of physical discomfort, but above all, for physical and mental well-being. Health mediation fosters the development of freedom of well-being and opportunity (i.e., the state of a person, and the possibilities he/she has to achieve, or not, what he/she considers to be valuable (34)) as well as freedom of process and realization according to the choices he/she makes.

Health mediation is an emancipatory intervention because it considers people's health needs, develops trust in a resource person, and facilitates the development of collective transformative empowerment through an alliance between health mediators, stakeholders, and underserved populations, through concrete actions on the structural causes (i.e., health determinants) of a lack of care and prevention. Therefore, health mediation must be considered, designed, implemented and evaluated as an emancipating - and not responsibility-bound - intervention.

Strengths and limitations

The work presented here has several limitations. The first concerns the difficulty of combining methodological rigor with underserved populations' distrust of overly rigorous interview techniques. Lanzarini et al. (33) show that because of living conditions, health, and physical and psychological availability, semi-directive interviews with people in very precarious situations cannot be conducted under the same conditions as interviews with people not experiencing precariousness. For example, the housing context, such as living in a squat or caravan, can limit confidentiality and other conditions necessary for good interviewing processes. Furthermore, underserved people in very precarious situations may be reluctant to be interviewed for fear of being stopped by the authorities (e.g., persons without official papers), or because they are ashamed to express themselves in French, or because they distrust the interviewer due to a history of negative experiences with social workers because of biographical injunctions. By biographical injunction we mean that even though society creates the possibility for underserved people to build their social pathway (through the provision of rights, professional integration, housing integration, etc.) and expects them to do so, it does not provide them with the necessary means (33,39,40).

The second limitation is that although our updated version of ECEMSo's conceptual framework for analyzing health mediation describes the contextual and interventional elements of health mediation and the mechanisms concerning underserved populations, it provides very little information concerning other stakeholders (e.g., local actors and partners concerned by the problems of underserved populations). This will be addressed in the third stage of the primary ECEMSo study. Finally, the choice of theories potentially limited the identification of mechanisms. However, the inductive approach which complemented the analysis potentially limited this bias.

The study's primary strength is its grounding in theory. The qualitative study dimension was based on theory (25) by mobilizing health-related theories of behavior change. In this respect, we first developed a meta-model of healthcare utilization, integrating mechanisms capable of activating it. Another strength is the choice of the interview method and the selection of participants, whereby we tried to respect persons as much as possible by considering their biographical injunctions. Finally, the results can be used to facilitate the implementation of health mediation to enable underserved populations utilize healthcare, in a context where these people perceive they have little control over their lives.

Conclusion

This study of the health mediation mechanisms which can influence underserved populations to utilize healthcare sheds light on how to design associated interventions. If the goal of health mediation is to foster this utilization, it must try to go beyond individual empowerment and develop collective empowerment, in order to enable the whole community to develop a collective identity before any more structured actions are implemented, with a view acting on health determinants to produce a real social transformation (35) necessary in the case of a normative healthcare system.

Declaration

Ethical approval and consent to participate

All methods during this study were conducted in accordance with relevant guidelines and regulations. The study corresponds to the French MR004 reference methodology. The study protocol was approved by the hospital of Bordeaux's data protection officer approved by French National Commission for Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL – agreement 2228473 v 0).

Consent for publication

Not applicable

Availability of data and materials

The data set generated/used/analyzed in this study is available from the corresponding author upon reasonable request.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Funding

This work was supported by the French National Cancer Institute (INCA) (Grant: 2021/008), the National Federation of Associations in Solidarity with Gypsies and Travellers (Fnasat-GV) and Santé publique France Institute.

Authors' contributions

ER conducted all the interviews, analyzed it, and drafted the first version of the manuscript. LR helped with the coding of the interviews. ER and LR had training in qualitative research. LR, LC, SV, JMF and ER contributed to data interpretation. All authors reviewed the manuscript and approved the final version for publication.

Acknowledgements

The authors would like to thank the participants of this study. The also thank Emilie Mosnier, lead investigator in the study FASSETS and Lea Dallemane, investigator in the descriptive cross-sectional study 'Travellers' health status and healthcare utilization in Gironde' for the association ADAV. Finally, thanks to Jude Sweeney (Milan, Italy) for the English editing and revision of the manuscript.

References

1. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Sep 1;12(9):e062051.
2. Legros M. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. 2012;54.
3. ASAV. Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. INPES. 2014;32.
4. Vandentorren S, Vuillermoz C. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PloS One*. 2017;8.
5. de Vries SG, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Bélard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in

- countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*. 2017 May;17(5):e128–43.
6. Heuvelings CC, Greve PF, de Vries SG, Visser B, B elard S, Janssen S, et al. Effectiveness of service models and organisational structures supporting tuberculosis identification and management in hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review. *BMJ Open*. 2018 Sep 8;8(9):e019642.
 7. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*. 2000;34(6):1273–302.
 8. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Feb 14];83(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>
 9. Bounaud V, Texier N. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. *ORS*. 2017;37.
 10. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 2013 Aug 1;61:S163–9.
 11. Jusot F, Or Z, Sirven N. Variations in preventive care utilisation in Europe. *Eur J Ageing*. 2012 Mar;9(1):15–25.
 12. Cole MB, Nguyen KH. Unmet social needs among low-income adults in the United States: Associations with health care access and quality. *Health Serv Res*. 2020 Oct;55(Suppl 2):873–82.
 13. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, Société et Solidarité*. 2004;3(2):61–71.
 14. Johnson Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-Physician Social Concordance, Medical Visit Communication and Patients' Perceptions of Health Care Quality. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):e201–8.
 15. Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Isp*. 2009;(61):149–58.
 16. Vanden Broeck J, Feijen-de Jong E, Klomp T, Putman K, Beeckman K. Antenatal care use in urban areas in two European countries: Predisposing, enabling and pregnancy-related determinants in Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(a):337.
 17. Jusot F, Carr e B, Wittwer J. Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. *Revue francaise d' conomie*. 2019 Aug 29;Vol. XXXIV(1):133–81.
 18. Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours. *DRESS*. 2021;66.
 19. National Academies of Sciences E, Division H and M, Services B on HC, Disabilities C on HCU and A with. Factors That Affect Health-Care Utilization. *Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination*. 2018 Mar 1;8.
 20. Baer RJ, Altman MR, Oltman SP, Ryckman KK, Chambers CD, Rand L, et al. Maternal factors influencing late entry into prenatal care: a stratified analysis by race or ethnicity and insurance status. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2019;32(20):3336–42.
 21. François J, Audrain-Pontevia AF. La santé numérique : un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & territoires*. 2020 Dec 1;29:41–55.
 22. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
 23. Levin JL, Philips BU. Improving Health in Hard-to-Reach Communities. *Tex Med*. 2018 Feb 1;114(2):28–32.
 24. Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci*. 2015 Oct 30;10:10.
 25. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*. 2013 May 1;50(5):587–92.
 26. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175–83.

27. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991 Dec 1;50(2):179–211.
28. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*. 1991;9(1):67–94.
29. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
30. Imbert C, Chapon J, Mialocq M. L'habitat informel dans l'ouest de l'Ariège : marginalité ou alternative à la norme ? — *Géoconfluences* [Internet]. [cited 2022 Sep 23]. Available from: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/france-espaces-ruraux-periurbains/articles-scientifiques/habitat-informel-ariege-marge-innovante>
31. Mosnier E, Artigas F, Richard E, Hoyer M, Michels D, Vandentorren S, et al. Effectiveness of a Community Empowerment Intervention to Improve Access to Pre-exposure Prophylaxis in Migrant Women Sex Workers: Protocol for a Mixed Methods Implementation Study. *JMIR Research Protocols*. 2023 Aug 4;12(1):e42844.
32. Moussaoui A. Observer en anthropologie : immersion et distance. *Contraste*. 2012;36(1):29–46.
33. Lanzarini C, Bruneteaux P. Les entretiens informels. *Sociétés contemporaines*. 1998;30(2):157–80.
34. Morin É, Therriault G, Bader B. Le développement du pouvoir agir, l'agentivité et le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes face aux problématiques sociales et environnementales : apports conceptuels pour un agir ensemble. *Éducation et socialisation Les Cahiers du CERFEE* [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2022 Mar 24];(51). Available from: <http://journals.openedition.org/edso/5821>
35. Fayn MG. L'empowerment des patients : de l'empowerment individuel à l'empowerment collectif. *UNiversité de Tours*. 2019 Nov;175.
36. Farnarier C, Fano M, Magnani C, Jaffré Y. Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. Rapport de recherche final. Enquête TREPSAM. *ARS-PACA/APHM/UMI 3189*. 2015;136.
37. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, une pratique émancipatrice ? [Internet]. *La Découverte*; 2015 [cited 2022 Jan 21]. 154 p. Available from: <http://www.cairn.info/l-empowerment-une-pratique-emancipatrice--9782707186348.htm>
38. Ninacs WA. Cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. 2003;28.
39. Duvoux N. L'injonction biographique dans les politiques sociales. Spécificité et exemplarité de l'insertion. *Informations sociales*. 2009;156(6):114–22.
40. Astier I. Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *Informations sociales*. 2009;152(2):52–8.

3.3 Etape 3 : Configurations Contexte-Mécanismes-résultats à priori nécessaire à l'effet de la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées : une étude qualitative réaliste

3.3.1 Synthèse

L'article visait à déterminer la taxonomie des activités réalisables par les médiateurs et médiatrices en santé et les configurations CMO à priori nécessaires à l'effet de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

Une étude qualitative réaliste a été menée de mai 2021 à septembre 2022 en France par dix-huit entretiens semi directifs auprès des professionnels qui mettent en œuvre la médiation en santé. Les

thématiques des entretiens étaient le cadre professionnel, les activités réalisables par les médiateurs ou médiatrices en santé, leur perception des facteurs facilitants et limitants l'effet (i.e., faisabilité et le succès) de la médiation en santé. L'analyse des données a permis d'élaborer une taxonomie des activités de médiation en santé et d'hypothétiser les théories de moyenne portée initiales de la médiation en santé qui ont ensuite été discutées lors d'un séminaire de consensus en février 2023.

La taxonomie se compose de 59 activités rassemblées en 12 catégories d'activités puis regroupées en trois dimensions : la structuration territoriale de la médiation en santé, la coordination et le pilotage des actions de réponse et la navigation dans le système de santé par le tiers médiateur (Annexe 3).

D'après nos résultats, le cadre conceptuel final de la médiation en santé expose de manière plane et non linéaire (figure 7) les conditions de faisabilité et succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Il existe alors trois piliers dans la médiation en santé : le tiers médiateurs, la communauté de pratique et l'intervention elle-même ayant chacun leurs conditions de faisabilité et succès à prendre en compte en vue de produire un effet sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

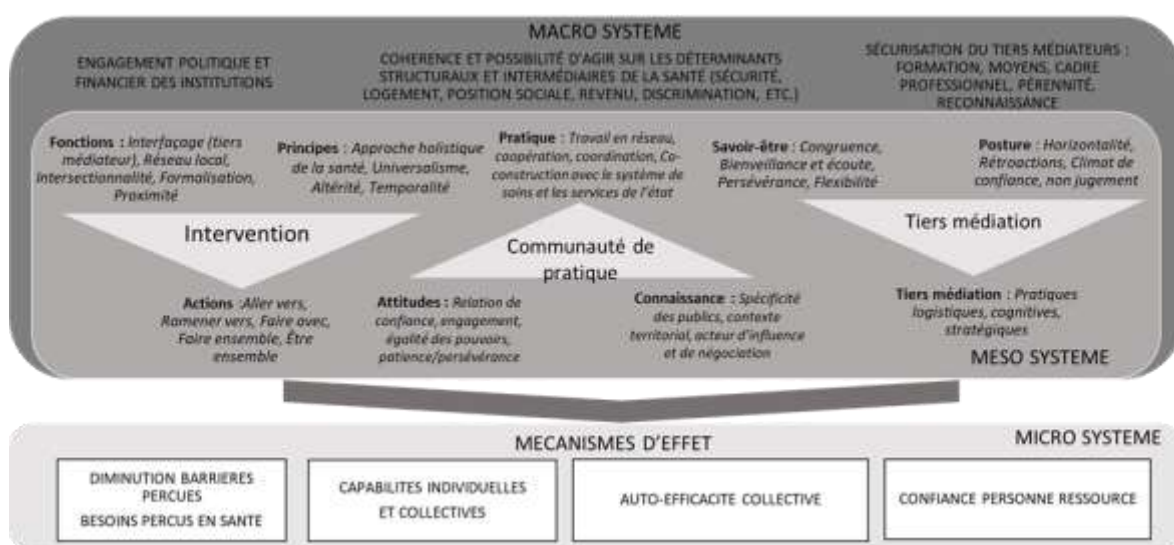


Figure 7 : Cadre conceptuel final de la médiation en santé

Trois théories de moyenne portée initiales (TMPs) explicitant le fonctionnement de la médiation en santé ont été identifiées. Le système interventionnel de la médiation en santé les détaillent (figure 8).

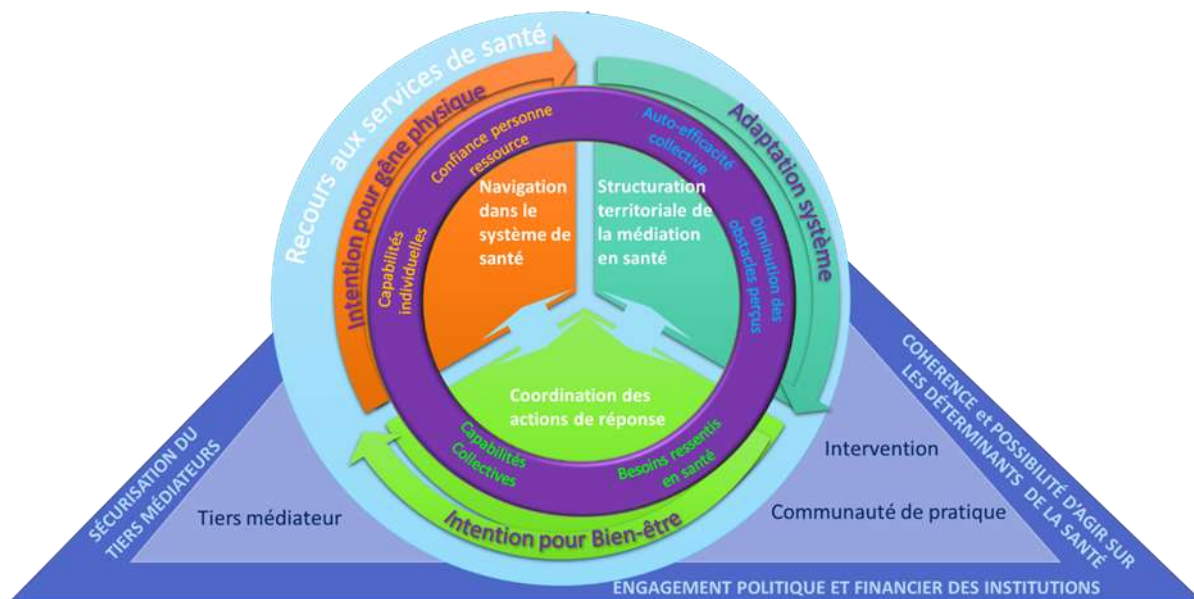


Figure 8 : Système interventionnel de la médiation en santé

La navigation dans le système de santé développe les capacités individuelles et la confiance envers une personne ressource des personnes éloignées du système de santé. Ces mécanismes déclenchent l'intention d'accéder aux services de santé pour une gêne physique (cf. TMP3). La structuration territoriale de la médiation en santé et la coordination des actions de réponses développent l'auto-efficacité collective au sein de la communauté de pratique (e.g., tiers médiateur, acteurs de terrain, décideurs et personnes accompagnées) et la diminution des obstacles perçus par les personnes éloignées du système de santé. Ces mécanismes déclenchent les adaptations des organisations/système pour accueillir et accompagner les personnes qui en sont éloignées (cf TMP1). Puis la navigation dans le système de santé et la coordination des actions de réponses aident à l'émergence de besoins perçus en santé et développent les capacités collectives des personnes éloignées du système de santé. Ces mécanismes déclenchent l'intention d'accéder aux services de santé pour un bien-être physique et mental (cf. TMP 2).

Ces théories mettent en évidence qu'il convient en premier lieu, de favoriser l'adaptation du système de santé aux problématiques et aux besoins des personnes éloignées du système de santé au sein d'une communauté de pratique (e.g., tiers médiateur, acteurs locaux, décideurs, personnes accompagnées), puis, de favoriser l'intention d'utiliser le système de santé selon les besoins perçus ou non en santé des personnes accompagnées. Ceci favoriserait alors secondairement leur utilisation effective du système de santé.

3.3.2 Article

L'article a été soumis à BMC public health le 15 Décembre 2023.

How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization? : a Realist Qualitative Study

Richard E^{1,2}, Ramiz L³, Oltean M⁴, Troussier V⁵, Ulracher C⁶, Speed O⁷, Conort M⁸, Coutant C⁴, Quirino Chaves F², Martin Fernandez J^{3,9}, Vandentorren S^{*1,10} - Cambon L^{*3,9,11}

¹ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, PHARES, CIC 1401, F-33000, Bordeaux, France

² Fnasat-GV, F-15019 Paris, France

³ CHU de Bordeaux, Service de prévention, F-33000 Bordeaux, France

⁴ Les Forges mediation, F- 44000 Nantes, France

⁵ Maison de santé, F-14118 Caen, France

⁶ Amitiés tziganes, F-54000 Nancy, France

⁷ Médecin du monde, F-93200 Seine Saint-Denis, France

⁸ La CASE, F-33000 Bordeaux, France

⁹ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, MÉRISP/PHARES, Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France

¹⁰ Santé Publique France, F-94410 Saint maurice, France

¹¹ Univ. Bordeaux, ISPED, Prevention Chair, F-33000 Bordeaux, France

*LC and SV are co-last authors, they contributed equally to this work.

Corresponding author : Elodie Richard (elodie.richard.2@u-bordeaux.fr)

Abstract

Background: This study aimed to determine the taxonomy of health mediation activities and the a priori context-mechanism-outcome (CMO) configurations explaining the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations.

Method: We conducted a realist qualitative study from May 2021 to September 2022 in France using eighteen semi-structured interviews of professionals who implement health mediation. The themes investigated were their professional framework, the activities they performed, and their perception of factors facilitating and limiting the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations. Data were analyzed to develop a taxonomy of health mediation activities and to hypothesize initial middle-range theories (i.e., CMO configurations) necessary to explain the effect of health mediation on healthcare utilization. Results were amended and adjusted at four consensus seminars in February 2023.

Results: The taxonomy comprised 59 activities grouped into standardized categories which were grouped into the following three dimensions: the territorial structuring of health mediation, the coordination and steering of response actions, and navigation of the healthcare system. We identified three initial middle-range theories explaining how health mediation can foster underserved populations' healthcare utilization. Specifically, these theories highlighted two prerequisites for effective health mediation. The first is the need for a community of practice to help the healthcare system adapt to the problems and needs of underserved populations. The second is the need to foster intention to use the healthcare system, according to the perceived and unperceived health needs of targeted populations. In turn, this could encourage effective use of the healthcare system by these populations.

Discussion: Health mediators must complement the work of all other health and social care professionals so as to provide a response that is proportionate to the needs and different vulnerabilities of underserved populations. In this way, health mediation aims to promote the right to good health, by respecting all the required CMO configurations, with a view to fostering healthcare utilization.

Key words: underserved populations, health mediation, complex intervention, realist approach

Background

Underserved populations primarily belong to the most socially excluded population groups in society (1). They are also more likely to perceive that they have limited control over their lives (2). In France, universal interventions to combat inequalities in healthcare utilization have been implemented, such as universal social protection, medical aid, and complementary health insurance (C2S), to facilitate financial access to healthcare services. However, as there are still many obstacles⁸ to accessing healthcare services, a greater number of targeted interventions are needed for underserved populations.

Health mediation is a promising⁹ intervention to foster healthcare utilization in these populations. It is defined as a temporary process of ‘going towards’ and ‘bringing to’ the healthcare system, as well as ‘doing with’ the person (1). It acts as an interface between underserved populations and the professionals dealing with their problems (social and health care workers, government service agents, elected representatives, etc.). Health mediation aims to facilitate access to rights and care for vulnerable populations; it also raises awareness among the professionals concerned in terms of the obstacles these people encounter (1). It combines individual and/or collective information, communication and skills-building actions (i.e., ‘doing with’), healthcare system navigation activities (i.e., ‘going to’ and ‘bringing to’), as well as ‘third-party mediation’, through actions which mobilize, engage and bring together local professionals (i.e., ‘being together’), who work together and working with local populations (i.e., ‘doing together’) (4). Most importantly, health mediation is an intervention which adapts existing practices to a socially shifting context. This makes any study of health mediation a complex task. To our knowledge, with the exception of a small number of pioneering studies (5–7), no study to date has demonstrated the effectiveness of health mediation in an experimental setting.

Given this background context, some authors in the field of interventional health research working on the complexity of interventions, highlighted the need for a solid conceptual framework - upstream of any evaluation - that takes into account all the specificities of both the intervention and the context (8). As mentioned above, health mediation practices are multiform - as they constantly adapt to the context - and multilevel (4). They constitute an interventional system (i.e., “a set of interrelated human and non-human contextual agents within spatial and temporal boundaries generating mechanistic configurations – mechanisms – which are prerequisites for change in health” (9)).

We previously proposed mapping a solid conceptual framework (hereafter V1) for the theoretical conditions needed to influence both health mediation (in terms of feasibility and success) and its effect

⁸ Geographical, familial, or social isolation, risky practices, unfavorable legal and health environment, precariousness, lack of knowledge of the French health system, difficulties linked to the French language or a low level of health and digital literacy.

⁹ A promising intervention is “an intervention whose efficacy has not been evaluated by research, but for which a solid normative evaluation induces a presumption of relevant results”. (3)

on healthcare utilization. This conceptual framework characterized potential interactions between these theoretical conditions (4). According to V1, the macro-systemic conditions are: i) a political and financial commitment by the institution, ii) coherence of public policy with actions concerning and the possibility to act on the structural and intermediary social determinants of health, iii) ensuring that the role of health mediators is officially recognized (in terms of professional status, remuneration, training, etc.). Instead, in V1, the meso-systemic conditions which are specific to the health mediation intervention itself are: i) the principles of otherness (i.e., the character of what is other) and universalism integrated into a holistic vision of health, and ii) a) the interface functions, b) the intersectionality functions within a locally anchored network of stakeholders concerned by the needs of the target populations, c) the functions of formalizing actions within plans matched by adequate means. Health mediation activities are pooled into 'Go/Bring to', 'Do with', 'Be together' and 'Do together' modes (see above). Finally, the meso-systemic conditions which are specific to the health mediators implementing this intervention are: i) a benevolent attitude, listening skills, excellent mental flexibility, perseverance, congruence (i.e., alignment or harmony between different elements or components of a social system), ii) a posture that favors trust, non-judgment, power-sharing by engaging in positive feedback, and iii) strong collaborative activities between the health mediator, local workers and underserved populations (4).

We subsequently expanded V1 with the results of a qualitative study dedicated to the specific theme of healthcare utilization (ref 2) (i.e., a concept which integrates the recognition of a health need, intention to use health services, and actual use of healthcare services (10)), in order to create a more complete framework (V2 hereafter) which would describe a priori (i.e., theory-based) components of context needed to activate mechanisms that foster healthcare utilization by underserved populations. These components are both external (i.e., conditions that influence both health mediation activities and mechanisms) and internal (i.e., activities) to a health mediation intervention. With the term 'mechanism', we mean "an element of reasoning and reactions of agents in regard to the resources available in a given context to bring about changes through the implementation of an intervention and evolves within an open space-time and social system of relationships"(11). Specifically, the aim of that qualitative study was to identify which mechanisms influence healthcare utilization and how (i.e., how they promote effective healthcare utilization). The following mechanisms were highlighted in the analysis: (i) an increase in perceived health needs, (ii) a reduction in perceived barriers to using healthcare services, (iii) trust in a resource person, iv) having a set of individual capabilities, and (v) having a set of collective capabilities¹⁰.

The aim of the present realist qualitative study was to deepen our understanding of how the process of health mediation can foster healthcare utilization, by exploring in detail the activities that define this mediation, with a view to refining which health mediation context-mechanism-outcome (CMO) configurations are required to foster healthcare utilization by underserved populations.

Method

Theoretical approach: the realist paradigm

¹⁰ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2023, 14. (Under review)

The realist paradigm seeks to understand the interactions between the external context components in which the intervention is implemented (i.e., the components that influence both intervention activities and mechanisms), the intervention components (i.e., activities), and the mechanisms (i.e., agent reaction that produces a change) (12). More specifically, it aims to understand what components are necessary to create a beneficial effect of an intervention, as well as this effect's transferability to other contexts. According to Pawson and Tilley (12), generative causality is based on three postulates (10): i) an intervention does not work in itself and is not what produces an effect, ii) every intervention triggers a mechanism or a set of mechanisms that enables a reaction to be produced, and iii) every intervention is situated in a specific context. The question is not "Does this intervention work?" but "How, for whom, and in what circumstances does this intervention work?" (12). In this regard, the realist paradigm differs from the experimental paradigm, as the latter seeks to produce universal conclusions of causality linking an intervention to an effect, all other things being equal (13).

From a methodological point of view, a realist evaluation seeks to identify middle-range theories (MRTs), that is to say CMO configurations, which explain what is at stake between an intervention, a context and mechanisms (12). From a practical point of view, like any theory-based evaluation, MRTs need to be first hypothesized (i.e., 'initial MRTs' or 'a priori CMO configurations') and then confirmed (i.e., 'MRTs' or 'CMO configurations') or disconfirmed by quantitative or qualitative data collection. We identify them when they recurrently appear in data analysis. In this case, we speak of semi-regularities (14).

In the realist paradigm, mechanism (M) corresponds to an agent's reaction (11). This agent can be individual (e.g., a person) or collective (e.g., an organization, a group) in nature. Contextual components (C) can be defined as "elements located in time and space that can affect the intervention and the results produced" (9). To clarify contextual components in MRTs, Cambon et al. proposed distinguishing between the 'intervention-related context' (Ci) and 'intervention-external context' (Ce).

Accordingly, CMO configurations become CeCiMO configurations which provide even greater analytical detail (15,16). Mirroring our work developing the health mediation conceptual framework (see V1 (4) and V2¹¹ above), in the present study, we defined a priori CeCiMo configurations necessary to explain the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations. In other words, we created hypotheses for how this intervention (i.e., health mediation) can function effectively.

In this context, conditions that influence both health mediation activities and mechanisms are Ce, health mediation activities are Ci, and healthcare utilization by underserved populations is O.

Study design

To define initial MRTs, we proceeded in two steps: i) a qualitative realist study conducted from May 2021 to September 2022 in France aimed at developing a taxonomy of health mediation activities and identifying a priori CeCiMO configurations (Step 1); ii) four consensus seminars aimed at validating and adjusting both the taxonomy and the a priori CeCiMO configurations identified in Step 1 (Step 2).

¹¹ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2023, 14. (Under review)

In both steps, the study population comprised professionals who implement health mediation. In order to ensure that a diverse set of field health mediation activities were included, we selected participants according to the following criteria : i) the level of implementation of health mediation (national, regional, local), ii) the level of political commitment of the French health regional agency to integrate health mediation in the territory; we created three categories reflecting this level of commitment as follows: *acquired* (i.e., health mediation politically and financially supported since the start of the French Program for Access to Prevention and Care for the most Disadvantaged Populations (PRAPS) in 2018) , *incipient* (i.e., health mediation politically and financially supported during PRAPS but not since the beginning of the program), *complicated* (i.e., health mediation politically and financially supported but its implementation remains sub-optimal)), and iii) participants with diverse profiles and initial training (e.g., health workers, social workers, public health engineers, sociologists) working in public administration, a local authority, a research organization, an association-based structure or a health center.

Step 1 – Realist qualitative study

The aim of this realist qualitative study was to identify i) the health mediation activities (Ci) and ii) the potential CeCiMO configurations required to explain the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations.

Data collection

We used semi-structured interviews. Studying participants' discourses enabled us to identify the relationships that they made between Ce, Ci, M, and O in their health mediation activities.

We built an interview guide exploring the following dimensions: field of activity, initial training and function within the employing structure, the populations to whom the professional provided health mediation, level of experience in the structure and in health mediation, activities carried out (i.e, Ci), perception of factors (i.e., conditions (Ce) and mechanisms (M)) facilitating and limiting health mediation's feasibility and success in fostering healthcare utilization (O). The interviews lasted approximately an hour and were conducted either face to face or by videoconference. They were recorded and transcribed verbatim for analysis.

Analysis

We performed a thematic content analysis following our health mediation conceptual framework V2 (see above), using Nvivo® software. Each interview was coded independently by two researchers. Divergent codings were subsequently discussed until consensus was reached.

Data analysis was both inductive and deductive. The inductive component aimed to draw up a list of activities that health mediators could perform (Ci), and to confirm and complement the conditions that influence both health mediation activities and mechanisms (Ce) and the mechanisms (M) set out in the extended conceptual framework V2 (see above) (4). After identifying the activities, we created an initial taxonomy of activities (which we call Taxonomy V0 hereafter) which described them all. To do so, we first grouped activities into standardized categories (i.e., activities contributing to the same mesoscopic objective), and then grouped the latter into dimensions (i.e., standardized categories with the same macroscopic objective). The aim of the deductive component was to identify the links between Ce, Ci, M and O. Recurring links became a priori CeCiMO configurations required to explain the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations.

Step 2: Consensus seminars

The aim of the four consensus seminars was to validate and adjust both Taxonomy V0 and the initial MRTs (i.e., a priori CeCiMO configurations) identified in Step 1. We organized three two-hour participatory seminars and a one-day participatory seminar with professionals who implement health mediation at the local, regional and national levels. None of these persons participated in Step 1, and all participated in all four seminars. We also invited the director of France's national health mediation program and three researchers specializing in knowledge mobilization, two of whom were also involved in research using realist evaluation. The three two-hour seminars were dedicated to validating and adjusting the Taxonomy V0, while the one-day seminar was dedicated to validating and adjusting the a priori CeCiMO configurations.

In the first three seminars, participants were asked to select activities from the dimensions of the Taxonomy V0 and to explain the form they might take in different contexts. Each activity was discussed to ensure that it was i) clearly identifiable, ii) currently implemented, and iii) specific (i.e., each activity had only one objective). Where necessary, the activities were amended, complemented, and reorganized to provide a consensually agreed taxonomy of health mediation activities (Taxonomy V1 hereafter).

In the fourth seminar, for each dimension of Taxonomy V1, participants were asked to identify its effect (i.e. mechanisms) according to their local context of implementation. To do this, we divided participants into groups, each one representing a dimension of Taxonomy V1. This made it possible to establish, through consensus, the a priori health mediation CeCiMO configurations required to explain the effect in fostering healthcare utilization.

Results

Characteristics of the study population

Eighteen interviews were conducted. Half of the participants were implementing health mediation locally, a quarter at the regional level, and a quarter nationally. Ten, five, and three participants indicated that the level of political and financial commitment by the French health regional agency to health mediation in their region was, respectively, *acquired*, *incipient*, and *complicated*.

Initial professional training was heterogeneous: nine participants were health workers, five social workers, two public health engineers, and two sociologists. Three were elected representatives, two health mediation researchers, four directors of associations implementing health mediation, five health mediators, and four were public health engineers working in health mediation, health promotion or the PRAPS program (see above). Three worked in public administration, two in a local authority, and two in a research organization, while eleven worked in an association or a health center.

Taxonomy of health mediation activities for the use of healthcare services

Taxonomy V0 listed 50 activities (Supplementary Material Table 1). These activities were grouped into 12 standardized categories of health mediation activities, which in turn were grouped into three dimensions: territorial structuring of health mediation (Ci D1), coordination and steering response actions (Ci D2), and health mediation support actions (Ci D3).

Following the consensus seminars, 29 activities were amended, one was deleted, 19 had their wording changed and 11 were added. The standardized category 'healthcare system navigation' was renamed

Table 1: Taxonomy V1 of health mediation activities that can be performed by health mediators

Dimension	Activity category	N°	Activities	Shared with coordinator	
1. Health mediation territorial structuring	Ongoing territorial diagnostics function	1	Observe the living conditions (housing, social, employment, economic, etc.) of the people we support		
		2	Exchange ideas with people on informal subjects at informal times and places		
		3	Identify the living conditions (housing, social, employment, economic, etc.) of the people we support		
		4	Identify people's needs and resources, wherever possible (living space, association premises, partner premises, public space, internet, etc.) by conducting interviews (using active listening) to assess the situation (administrative procedures already underway, organization of procedures to be continued or started), whatever the nature of these needs.		
		5	Carefully identify the intermediaries, trusted by the person who can be mobilized to respond to the needs/issues identified.		
		6	Identify potential partners* concerned by the issues identified in the area	X	
		7	Meet partners likely to be concerned by the issues identified in the	X	
		8	Identify partners' difficulties and the needs required to resolve problems, through exchanges on the current situation (steps already taken, organization of steps to continue or begin).	X	
		9	Analyze people's living conditions, needs and resources with a view to formalizing integrated expertise within the territory.	X	
		10	Analyze the difficulties, needs and resources of partners that are affected by the problems which have been identified in the territory.	X	
		11	Keep up to date on what programs and interventions are available in the area	X	
		12	Target the services that can be called upon to solve people's problems in the area.	X	
		13	Modulate/adapt existing systems to respond to problems identified in the area	X	
		14	Recommend the adaptations needed to solve the problems identified in the area, based on an analysis	X	
		Alert function	15	Alert team leaders or coordinators to issues identified as negatively affecting the health of the people we support.	
			16	Alert partners to problems identified as having a negative impact on the health of people receiving support	X
			17	Alert institutions to issues identified as having a negative impact on the health of people receiving support	X
			18	Bring issues identified as having a negative impact on people's health to the attention of resource people likely to be able to resolve them: ombudsman, health agency, doctors' association, nurses in the event of patient refusal of care, courts for situations of concern or reports, hospital managers, etc.	X
			19	Share feedback with partners by various means (telephone, meetings, notes, etc.).	X

Dimension	Activity category	N°	Activities	Shared with coordinator	
	Third-party expert function	20	Discuss the problems encountered by the people we support at meetings organized by our partners (requested on an emergency or routine basis).	X	
		21	Participate in knowledge-sharing/exchange of practices on issues encountered by individuals, between all partners concerned at the local level with a view to optimizing interventions - feedback - establishing local best practices - procedures.	X	
	Third-party leader function	22	Organize/facilitate meetings on the problems encountered by people (either on an emergency or routine basis) with partners to formulate proposals for action.	X	
		23	Organize/lead meetings with partners to determine joint action objectives for resolving problems (health or social) encountered by individuals.	X	
		24	Organize/facilitate routine knowledge-sharing forums around the problems encountered by people between all partners concerned at the local level with a view to optimizing interventions - feedback - establishing local best practices - procedures.	X	
	Formalization	25	Formalize a reciprocal commitment to collaboration and exchange with partners (partnership agreement, etc.)	X	
		26	Organize and implement the monitoring of these commitments over time	X	
	2. Coordination and management of health mediation	Coordinating resources around response actions**.	27	Organize/lead/participate in the coordination of actions, within a community of practice, with the aim of solving problems identified as influencing health: networking of players, assessment/monitoring, communication, etc.	X
			Implementation of response actions	28	Monitor/encourage/support the development and adaptation of response actions in light of the diagnosis of the area's needs
		29		Co-construct and implement actions that respond to issues identified as having an impact on health, with partners and individuals, based on the diagnosis of the area's needs	X
30		Co-construct/create/adapt, with partners and individuals, communication, awareness-raising and guidance tools, as needed and according to local resources and the diagnosis of the area's needs			
31		Organize meetings and exchanges between people and partners, in associations' premises or in the community.		X	
Follow-up/review of response actions		32	Fill in monitoring tables (standardized indicators) and patient monitoring software (DPI: computerized patient record) as required		
		33	Participate in or write reports on activities undertaken		
		34	Distribute and/or circulate activity reports to funders and supervisory bodies	X	
3. Navigating the	Informal or formal support meetings****	35	Provide emotional and/or informational support to people in the health structure's premises or in the places where they frequent		

Dimension	Activity category	N°	Activities	Shared with coordinator	
healthcare system		36	Facilitate access to material support for people, in the health structure's premises or in the places where they frequent (condoms, syringes, pregnancy tests, masks, food, blankets, etc.).		
		37	Participate in welcoming people to the healthcare structure's premises (providing coffee, etc.)		
		38	Informing people and partners of people's rights with regard to problems identified as having a negative impact on health		
		39	Inform people and partners about the measures in place to solve problems identified as having a negative impact on health		
		40	Informing people and partners about the players available according to needs and the issues identified as influencing health		
		41	Facilitating understanding and helping to fill in the documents needed to solve the problems identified as influencing health, by drawing on people's resources		
		Orientation	42	Refer people and partners to the appropriate institutions/organizations/associations/internal departments according to the needs expressed and the issues identified as negatively influencing health.	
			43	Transmit, to the actor who will receive the referred person, the information necessary to deal with their problem (by phone, mail or email) within the legal framework of sharing personal information. cf: law n°2016-996 of July 20, 2016	
		Support activities	44	Facilitate telephone appointments with healthcare professionals, social workers or institutions (prefecture, town hall, etc.).	
			45	Make it easier to book appointments on online platforms (AMELI, CAF, Doctolib, etc.).	
			46	Organize/facilitate the presence of an interpreter in interactions between the person and resource players	
			47	Explain/rephrase thoughts and ensure good understanding between people and resource players (health professionals, CAF, CPAM, etc.).	
			48	Physical support for appropriate resources (health professionals, CAF, CPAM, etc.) to resolve problems and meet expressed needs.	
		49	Create/adapt tools to promote continuity in the healthcare pathway (appointments, taking medication, list of healthcare professionals, etc.).		
		50	Facilitate coordination of care pathways (complementary tests, laboratory, pharmacy) and complex care (hospitalization, liaising with the hospital's social assistant to request LHSS, DSUV, etc.).		
		51	Use tools to remind people of upcoming appointments (medical or social).		
		52	Anticipate and organize transportation to the appointment with the people involved.		
	Capacity building	53	Communicating with people on health topics (cancer, mother and child health, environmental exposure, chronic illness, strengthening psycho-social skills, etc.).		

Dimension	Activity category	N°	Activities	Shared with coordinator
		54	Preventive education and health promotion initiatives with partners on themes such as digital technology, cancer, mother-and-child health, environmental exposure, chronic illnesses and strengthening psycho-social skills, aimed at the people we support.	
		55	Participate in training or awareness-raising initiatives organized by partners or within the association, on the obstacles people encounter when accessing healthcare.	
		56	Raise awareness within the association and among partners and future professionals about the obstacles people face in accessing healthcare.	
		57	Support for new health mediator by more experienced staff	
		58	Sharing complex situations within a formal team (surprise report, situation report)	
		59	Participate in professional exchanges between health mediators (for example, regarding the official recognition of this work as a profession).	

*All those concerned by the problems of the target population: Volunteers, social-health professionals, prefectures, etc.

**Actions/interventions/programs to respond to the problems encountered by the target population

***Always based on people's resources

****At the place of residence (camp, squat, hostel, migrant workers' hostel, independent housing, or prison) of a targeted individual, at the association's premises, at the premises of a partner (hospital or other institution), hair salons, festive places, on the internet

‘support actions’ and the ‘health mediation support actions’ dimension was renamed ‘healthcare system navigation’. Taxonomy V1 therefore comprised 59 activities grouped into 12 standardized categories (Table 1), which in turn were grouped into three dimensions: territorial structuring of health mediation (Ci D1-A1-26), coordinating and steering response actions (Ci D2-A27-34), and healthcare system navigation (CiD3-A35-59).

Adaptation of the health mediation conceptual framework V2 developed by Richard et al.

The realist qualitative study (step 1) we conducted here confirmed the majority of the elements present in the health mediation conceptual framework (V2)¹² (Figure 1) of our previous studies (4). However, some adjustments were necessary, all concerning the meso-systemic Ce. These are discussed below.

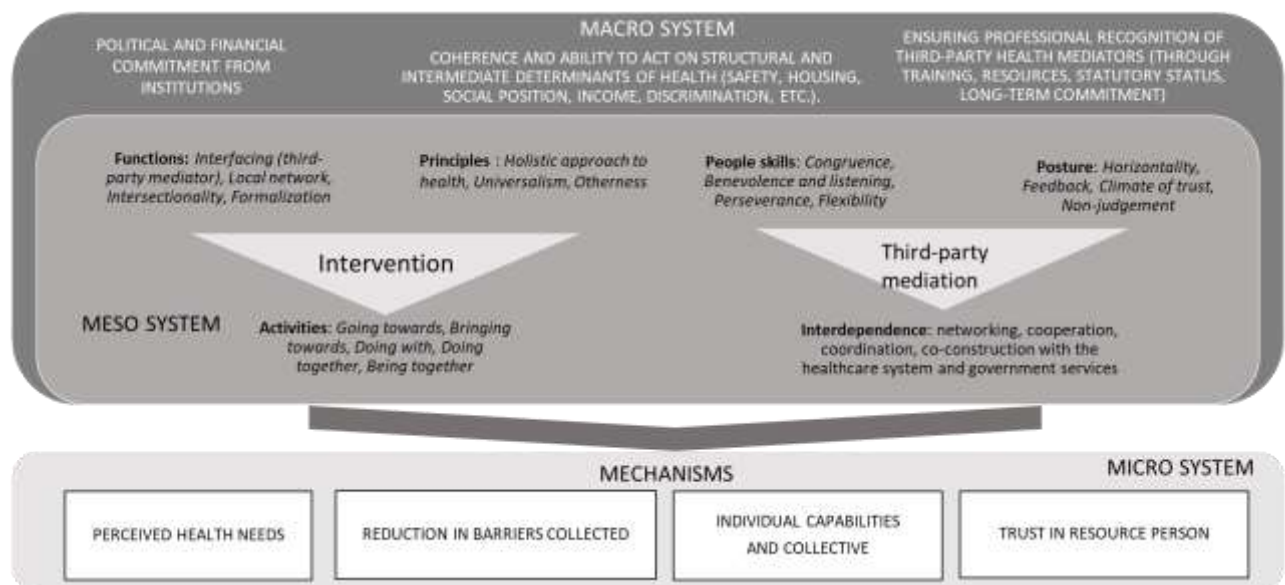


Figure 1: Health mediation conceptual framework V2, based on preliminary studies

a) In terms of the meso-systemic Ce specific to the health mediators, third-party mediation replaced interdependence. Third-party mediation comprises (i) cognitive practices (i.e., a set of activities that build shared meaning), (ii) strategic practices (i.e., a set of activities that elaborate shared objectives), and (iii) logistical practices (i.e., a set of activities that enable the coordination of public action). (17).

b) In terms of the meso-systemic Ce specific to health mediation itself, the principles and functions of health mediation were supplemented by the following:

1. The physical proximity function
2. The principle of the paradoxical double injunction of temporality in health mediation. More specifically, although a great deal of time is needed to formalize a relationship of trust between patients and the actors providing health mediation, health mediators have to respond to the requests of the people they support as soon as the latter express a health need.

c) Moreover, meso-systemic Ce were added based on the notion of a ‘community of practice’. The latter can be defined as "a group of people who share a common concern, a set of problems or an interest in a subject, and who come together to achieve individual and collective objectives gathered

¹² Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2023, 14. (Under review)

around a common issue" (15). Effectively, health mediation is implemented within a community of practice in which the individual health mediator plays an active part.

The Ce specific to the community of practice which were added were as follows: i) a knowledge of the specificity of the needs and problems of underserved populations, ii) a knowledge of the territorial context, including the actors of influence and negotiation, and iii) an attitude of patience, perseverance and commitment to the community of practice, which fosters trust and equality of power.

d) Furthermore, our analyses revealed a new mechanism: the perception of the collective ability to overcome obstacles in order to adapt the system to welcome and support underserved populations (i.e., collective self-efficacy). Figure 2 presents the modified (i.e., V2) and final health mediation conceptual framework.

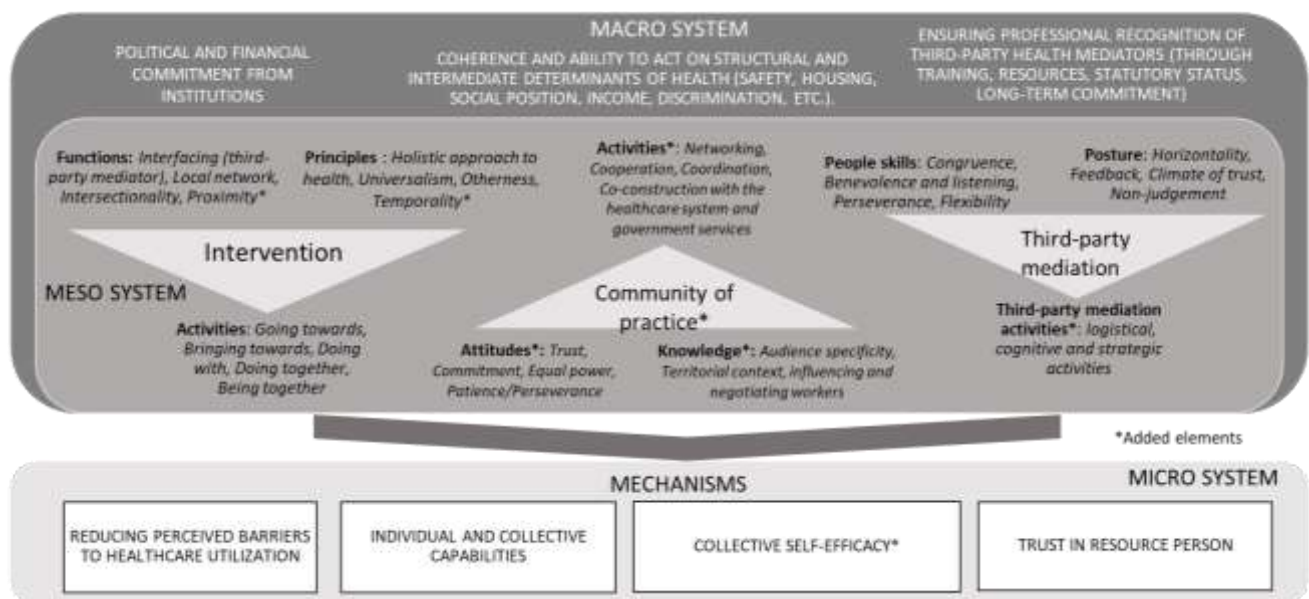


Figure 2: Modified (V2) and final (present study) health mediation conceptual framework

Early versions of middle-range theories

After Step 1, we were able to identify the health mediation mechanisms fostering healthcare utilization: collective self-efficacy (M1), perceived health needs (M2), trust in a resource person - in this case the health mediator (M3) – and, finally, a set of individual capabilities¹³ (M4).

As indicated above, the three health mediation dimensions identified as influencing these mechanisms were: i) the territorial structuring of health mediation (Ci D1-A1-26), ii) the coordination and steering response actions (Ci D2-A27-34), iii) healthcare system navigation (Ci D3-A35-59).

The Ce identified as influencing both health mediation activities and mechanisms at the macro-system and meso-system levels, were:

- At the level of the macro-system, political and financial commitment (Ce1), the possibility of acting on structural and intermediate determinants of health (Ce2), and ensuring that the role of health mediators is officially recognized (in terms of professional status, remuneration, training, etc.) (Ce3)

¹³ Ability and real power that a person possesses, and what he or she is capable of doing and achieving in terms of choices that he or she deems valid for himself or herself.

- At the meso-system level, the principles (Ce4) and functions (Ce5) of health mediation, the health mediator's posture (i.e., non-hierarchical, positive feedback in a climate of trust and non-judgment) (Ce6) and his/her soft skills (i.e., congruence, benevolence and listening, perseverance, mental flexibility) (Ce7), the attitudes of the community of practice (i.e., relationship of trust, commitment, equality of power, patience/perseverance) (Ce9), and the knowledge within this community of practice (Ce10).

Therefore, four initial middle-range theories were identified (Table 2). These were the result of the recurrence of CeCiMO configurations in the data analysis (i.e., semi-regularities observed in the interviews), and illustrate how, and under what conditions, the mechanisms producing the desired change (i.e., healthcare use) through health mediation were activated a priori. These four initial MRTs also fit together chronologically (i.e., CeCiMO1 < CeCiMO2 < CeCiMO3 < CeCiMO4 over time) to promote feasible and successful health mediation on the fostering of healthcare utilization.

Initial post-seminar middle-range theories

At the end of Step 2, the participants adjusted and validate the above-mentioned mechanisms. Two new mechanisms perceived as key to health mediation emerged: reducing barriers to the use of health services perceived by underserved people (M4.2.3), and having a set of collective capabilities¹⁴ (M5). The preliminary qualitative study which led to V2¹⁵ (see above) had already highlighted these as mechanisms influencing healthcare utilization, but they had not been identified in the present realist qualitative study (see step 1 above).

Seminar participants amended the meso-systemic Ce and Ci identified as influencing these mechanisms. According to the participants, all the Ce influenced the activities specific to the health mediation intervention itself, to the health mediator, and to the community of practice. This is explained by the fact that, in our study, we considered all health mediation practices (e.g., non-peer, peer-based, etc.) for all underserved populations.

¹⁴ "Capacity and real power that a person possesses and what he or she is capable of doing and achieving in terms of choices that he or she values" (33) for and within his or her community.

¹⁵ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2023, 14. (Under review)

Table 2: Initial middle range theories of health mediation: prior to consensus seminars

N°	Expected results and effect mechanisms	Intervention and non-intervention components influencing effect mechanisms
Theory 1	Adapting the system to welcome and support underserved people (O ¹) and thus facilitate their effective use of the healthcare system (O) is facilitated if the community of practice perceives that it has the collective ability to overcome obstacles to adapting their work system/organization (M1).	<p>This perception is facilitated by the territorial structuring of healthcare mediation (Ci N°1-26), particularly if health mediators feel secure in their professional framework (Ce3). In turn, this leads to a non-hierarchical, non-judgmental posture that fosters trust (Ce7) and adapted soft skills (i.e., congruence, benevolence, listening, perseverance, flexibility) (Ce6).</p> <p>This perception is facilitated by the coordination of resources, within a community of practice, around response actions to act on health determinants (Ci N°27), particularly with i) the presence of a political and financial commitment to supporting underserved populations (Ce1), ii) knowledge of the specificities of the public supported and of the territorial context of practice (Ce10), and iii) an adequate attitude (i.e., relationship of trust, commitment, equality of power, perseverance) (Ce9) within the community of practice.</p>
Theory 2	The intention to consult (O ²) and thus effectively use the healthcare system (O) is facilitated if underserved people perceive they have a health need (M2).	<p>This perception is facilitated by the coordination of resources, within a community of practice, around response actions to act on the determinants of health (Ci N°27), particularly when there is political and financial commitment from institutions (Ce1). Moreover, it is facilitated by health mediators and the community of practice to act on the social determinants of health (Ce 2), thanks to the presence, within the community of practice, of specific knowledge about the accompanied public and about the territorial context of practice (Ce10), an adequate attitude (i.e., relationship of trust, commitment, equality of power, perseverance) (Ce9), and by mobilizing the interface functions of health mediation in the physical proximity of the third-party mediator anchored in a formalized local intersectional network (Ce5) and according to the principles of health mediation (i.e., holistic approach to health, universalism, otherness, double temporality) (Ce4).</p> <p>This perception is facilitated by healthcare system navigation activities (Ci N°35-59), particularly thanks to the intersectoriality function (Ce5.2) within a local network (Ce5.3) and the holistic approach to healthcare (Ce4.1).</p>
Theory 3	The intention to consult (O ²) and thus the effective use of the healthcare system (O) is facilitated by trust in a resource person (M3).	This perception is facilitated by healthcare system navigation activities (Ci N°35-59), particularly the physical proximity (Ce5.4) and congruence of the healthcare mediator (Ce6.1), as well as respect for the dual temporality (Ce4.4) of health mediation.
Theory 4	The intention to consult (O ²) and thus the effective use of the healthcare system (O) is facilitated by a set of individual capabilities (M4).	<p>This perception is facilitated by support activities (Ci N°44-52), particularly thanks to the interface function of health mediation (Ce5.1).</p> <p>It is facilitated by the co-construction of health mediators' response tools and actions with the people they support (Ci N°30), particularly if the health mediators feel secure in their professional framework (Ce3), thus facilitating a non-hierarchical posture of non-judgment, trust (Ce7), and favorable health mediator soft skills (i.e., congruence, benevolence, listening, perseverance, flexibility) (Ce6).</p>

Table 3: Initial medium-range theories of health mediation: after the consensus seminars (modifications highlighted)

N°	Expected results and effect mechanisms	Intervention and non-intervention components influencing effect mechanisms
Theory 1	<p>Adapting the system to welcome and support underserved people (O¹) and thus facilitate their effective use of the healthcare system (O) is facilitated if the community of practice perceives that it has the collective ability to overcome obstacles to adapting their work system/organization (M1) <u>and if underserved people perceive a reduction in barriers to using healthcare services (M4.2.3).</u></p>	<p><u>These perceptions are</u> facilitated by the territorial structuring of health mediation (Ci D-A1-26), particularly <u>if health mediation benefits from political and financial commitment from institutions (Ce1)</u> and if health mediators feel secure in their professional framework (Ce3), thereby facilitating the posture (Ce7) and adapted soft skills (Ce6) of the health mediator. <u>They are also facilitated by mobilizing the functions (Ce5) and principles (Ce4) of health mediation.</u></p> <p>These perceptions <u>are</u> facilitated by the coordination of resources, within a community of practice, around response actions to act on health determinants (Ci D2-A27), particularly when there is political and financial commitment from institutions (Ce1). Moreover, it is facilitated the <u>community of practice's knowledge (Ce10) and attitude (Ce9).</u> In addition, the health mediator's posture (Ce7) and soft skills (Ce6) enable <u>him/her to act on the social determinants of health (Ce2).</u></p>
Theory 2	<p>The intention to utilize health services for physical and mental well-being (O²), and thus to make effective use of the health system (O), is facilitated if underserved people perceive they have a health need (M2) <u>and if a set of collective capabilities exist (M5).</u></p>	<p><u>These perceptions are</u> facilitated by the coordination of resources, within a community of practice, around response actions to act on health determinants (Ci D2-A27), particularly with the presence of political and financial commitment from institutions (Ce1), thereby enabling health mediators and the community of practice <u>to act on the social determinants of health (Ce 2), thanks to the presence, within the community of practice, of knowledge (Ce10) and an appropriate attitude (Ce9), and the posture (C7) and soft skills (C6) of the health mediator.</u></p> <p>These perceptions are facilitated by healthcare system navigation activities (Ci D3-A35-59), particularly when the role of health mediators is officially recognized (in terms of professional status, remuneration, training, etc.) <u>which in turn facilitates the posture (Ce7) and soft skills (Ce6) of the health mediator and the functions (Ce5) and principles (Ce4) of health mediation.</u></p>
Theory 3	<p>The intention to utilize healthcare services if physically inconvenienced (O³) and thus the effective use of the healthcare system (O) is facilitated by trust in a resource person (M3) <u>and if a set of individual capabilities exist (M4).</u></p>	<p>These perceptions are facilitated by the <u>healthcare system navigation system (Ci D3-A35-59), particularly when the role of health mediators is officially recognized (in terms of professional status, remuneration, training, etc.), which in turn facilitates the posture (Ce7) and soft skills (Ce6) of the health mediator and the functions (Ce5) and principles (Ce4) of health mediation.</u></p>

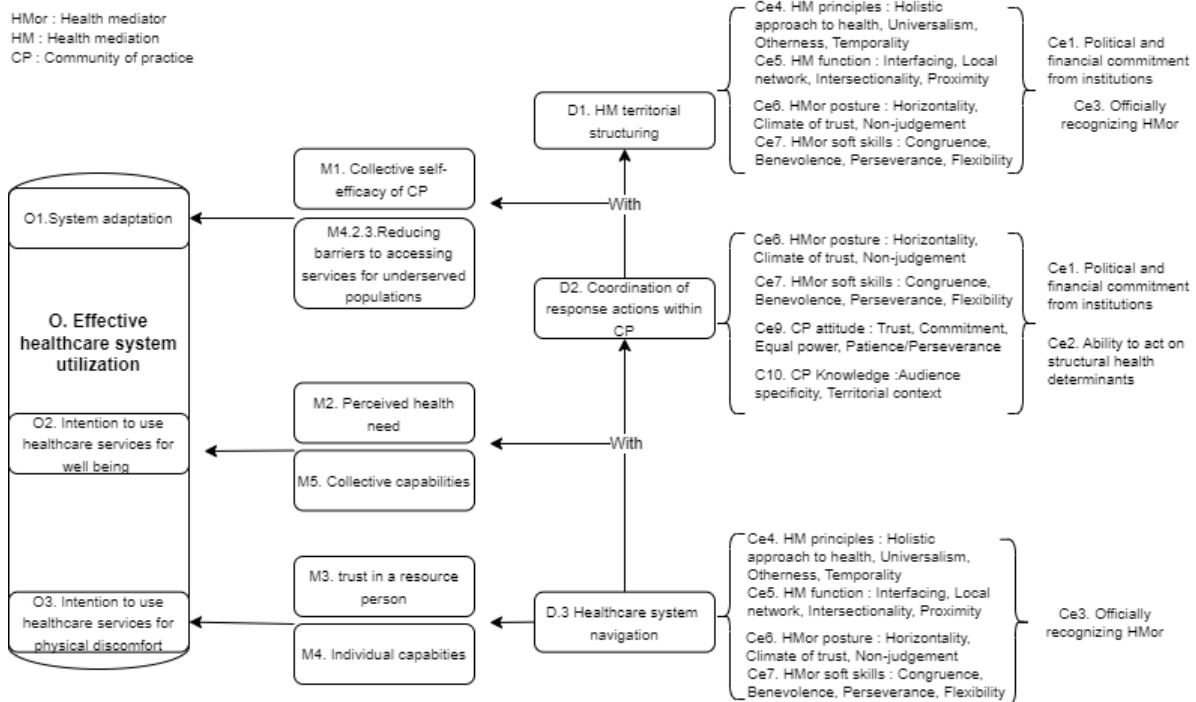


Figure 3: Initial health mediation MRTs

The initial MRTs are explained in Table 3 and schematized in Figure 3. These three initial MRTs interlock chronologically (i.e., CeCiMO3<-CeCiMO1<-CeCiMO2 over time) to promote the effective use of health services. The health mediation intervention system, which groups together the a priori health mediation operating hypotheses necessary for its success and feasibility, is shown in Figure 4.

In summary, this study enabled us to formulate the following three hypotheses:

- Healthcare system navigation activities generate trust in a resource person and individual capabilities; this mechanism fosters the intention to use health services for physical discomfort (cf. Theory 3 above).
- The territorial structuring of health mediation activities around a community of practice, and the coordination of response actions by the latter, generate collective self-efficacy within the community of practice, and a reduction in the perceived obstacles to using health services. These mechanisms help to adapt the healthcare system to welcome and support underserved people (see theory 1 above).
- The coordination of response activities within the community of practice and healthcare system navigation activities fosters underserved populations' perception of their health needs and collective capabilities. These mechanisms foster underserved populations' intention to use healthcare services for physical and mental well-being (cf. theory 2 above).

In summary, healthcare system navigation activities only foster healthcare utilization in the case of physical discomfort (O3). In order to promote healthcare utilization for physical and mental well-being (O2), it is necessary to:

- 1/ coordinate response actions with the help of a community of practice (having benefited upstream from territorial structuring concerning health mediation) to adapt the healthcare system to welcome and support underserved people (O1),

- 2/ foster underserved people's intention to use healthcare through the coordination of response actions and healthcare system navigation activities (i.e., CeCiMO3<-CeCiMO1<-CeCiMO2).

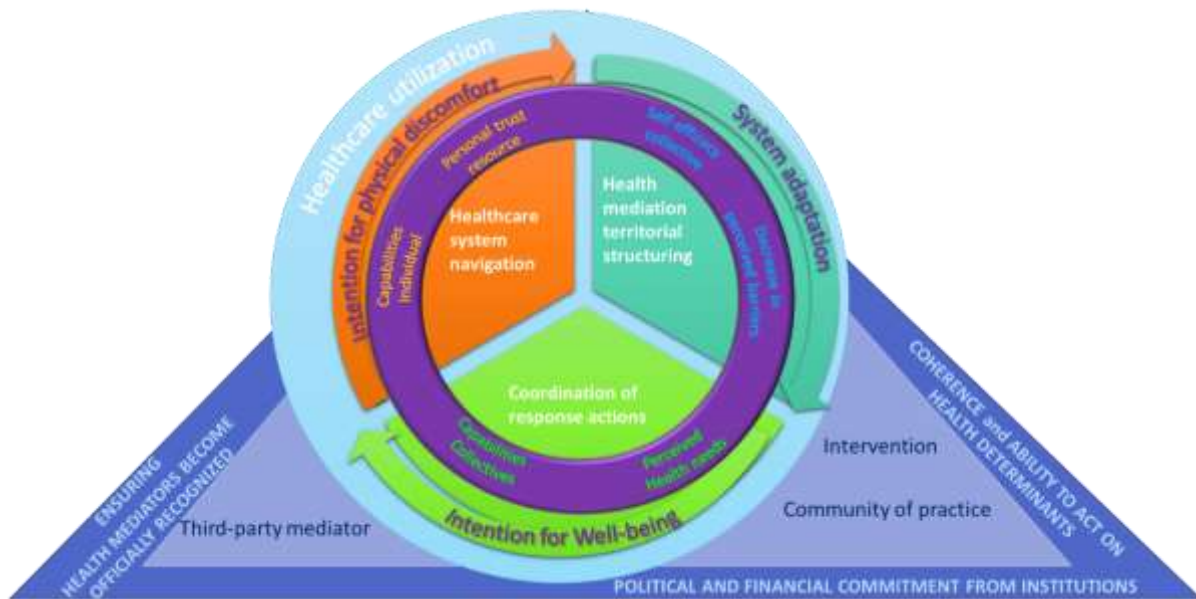


Figure 4: Health mediation intervention system

Discussion

Main results

In the present realist qualitative study, we identified three initial MRTs necessary for the effect of health mediation on the fostering of healthcare utilization by underserved populations. To do this, we drew on both theoretical and experiential knowledge and considered the different contexts in which health mediation is implemented in France. Healthcare mediation requires a balance between, on the one hand, the use of a community of practice to implement necessary adaptations within the healthcare system in order to tackle the problems and needs of underserved people, and, on the other hand, fostering underserved people's intention to use the healthcare system according to their perceived health needs. The collective dimension of health mediation is therefore an essential condition for the feasibility and success of the three initial MRTs. Other authors refer to this condition as "doing together" (18–20).

Health mediation: revealing systemic failures

An intervention that is proportionate to underserved populations' degree of need and of vulnerability

The present study helps us to reposition health mediation in the different health intervention approaches which characterize the health promotion interventions in France. To date, health mediation has been perceived by its supporters to be a targeted intervention (often reduced to simply outreach services) aimed at clearly defined groups (often those hard to reach). They see the scope of this intervention as being limited to encouraging people to utilize the healthcare system, without questioning the structural determinants at the root of the obstacles to this utilization. In this perspective, health mediation only focuses on the effects produced by health inequalities in terms of individual behaviors, rather than on the structural cause of these behaviors. In contrast, the findings from our present study highlight the need for a focus on structural determinants as a *sine qua non*

condition for the success of health mediation in fostering healthcare utilization. Specifically, we found that i) one of the success mechanisms of health mediation is the reduction of obstacles to the use of health services (cf. theory 1 above), which in turn promotes perceiving health needs (cf. theory 2 see above), ii) the healthcare system navigation activities necessary for this awareness-raising require the coordination, by a community of practice, of solutions acting on the social determinants of health (cf. theory 2). In other words, there can be no effect of individual healthcare system navigation activities without first acting on structural determinants. In this sense, health mediation becomes an intervention proportionate to the population's degree of need and of vulnerability (i.e., the principle of proportionate universalism aims to act on the whole of a population by adjusting the intensity, and/or degree of action and/or strategies according to this social gradient (21)).

A collective rather than individual-centric lever for intervention

Structural difficulties in the healthcare system constitute some the structural causes (i.e., structural determinants that determine the unequal distribution of other determinants) of professionals' failure to provide care. Indeed, the systemic understaffing and turnover of healthcare workers in France, their difficulty in accessing continuous training, the rigidity of care procedures, the biomedical vision of health in the French healthcare system organization, the compartmentalization of the healthcare system between private practices and hospitals, between hospital departments themselves, and above all, between the health and social sectors, all contribute to failures in the healthcare system (22).

Our results highlight that it is vital to adapt the healthcare system and practices to the needs and problems of underserved populations. There are many ways of doing this: extending opening hours, offering a walk-in service in private and/or hospital healthcare facilities which is open to everyone (i.e., open to people without health insurance), mobilizing professional interpreters, providing transport tickets free of charge, offering childcare solutions to make it easier to get to scheduled appointments or emergencies, organizing outreach actions and encouraging outreach in places frequented by the target population (food distribution points, schools, etc.), setting up a one-stop shop where all public services are represented in the same place and which is as close as possible to where people live, etc. (22). Other adaptations are possible without necessarily performing the practices in parallel. These include changes to the structuring of systems - health, social and medico-social - by i) simplifying procedures and taking into account people's needs, ii) reinforcing accessibility to healthcare in an equitable way, and ensuring that access does not become dematerialized overnight, and iii) promoting intersectorality rather than working in silos, introducing shared procedures to ensure continuity of healthcare pathways, and developing inter-knowledge between services and their fields of competence (22).

An intervention acting on determinants of social inclusion

The predominance of a structural determinant over an individual behavioral determinant echoes the propositions made in the Alma-Ata Declaration (23), in social science research (24,25), and in social epidemiology (26), which demonstrate that socially-disadvantaged people cannot be held responsible for their health situation; instead, their exclusion is the result of society's inability to distribute its wealth equitably within the population (23,24,27). Moreover, according to epidemiological studies, healthcare systems are responsible for between 15% and 40% of variations in the state of health of populations, while social determinants are responsible for between 45% and 60%. (28). This finding advocates broadening the scope of public health interventions (16) and therefore acting on the social determinants of health (29). Health mediation, insofar as it seeks to mobilize within the community of

practice to act on the social determinants of health, is a step in this direction. It contributes to health promotion (18) and the reduction of certain health inequalities. However, our study findings suggest that - within the framework of public policies that support its deployment - it seems to be used mainly to promote access to care for underserved populations. It should not be limited to this objective. It should also be used to promote healthcare utilization (i.e., according to a holistic definition of health) and to tackle social inequalities in health.

A complementary intervention for professionals promoting access to mainstream healthcare services

To tackle health inequalities, the World Health Organization recommends: i) improving everyday living conditions (i.e., the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age), ii) combating inequalities in the distribution of power, money and resources (i.e., the structural determinants on which everyday living conditions depend), and iii) measuring and understanding the problem of inequalities and evaluating the effectiveness of action taken (30). As a result, the health mediator complements all the other professionals who have an impact on people's health and living conditions, by working to ensure that their right to health is recognized in macro-systemic contexts under strong territorial and political influence.

The implementation of the macro-systemic conditions we highlighted for feasible and successful health mediation (i.e., political and financial commitment, the possibility of acting on the social determinants of health, and ensuring that health mediators are officially recognized (in terms of professional status, salary, etc.)) is currently hampered by political incoherence dominated by the logic of profitability in the healthcare system, and governmentality based on the market economy (25). Effectively, the current state of affairs is that public policy decision-makers ask health mediation professionals to fill the gaps left by other professionals (in the healthcare, social support and medico-social sectors, in particular, and in public services more generally), or to repair the consequences of political choices that undermine systems (in healthcare, but also in access to rights, housing, education, etc.). Moreover, this happens in a way that is sometimes deleterious to the health of the population, as neither healthcare professionals' workload nor the resources (human, financial, material) they need to effectively perform health mediation are taken into consideration. This situation also reflects a "philosophical" incoherence, since health mediators, who work in close proximity with the most vulnerable populations, are expected to respond effectively to the latter's needs. Health mediation cannot compensate for the healthcare system's structural difficulties in acting on social determinants, or for its inability to adapt to the characteristics of underserved populations. As a matter of fact, health mediation reveals the system's shortcomings. This is why any public policy that addresses the above-mentioned failings of the current healthcare system will facilitate the success of health mediation.

Study limitations

This study has several limitations. The first is social desirability bias linked to interviewing. This bias was undoubtedly reinforced by the fact that health mediation as a profession is not yet legally or officially recognized in France. Supporters for this intervention are using activism as a valid tool to gain this recognition. Having said that, this bias was most likely limited by the fact that the first question in the study interview was open-ended. Second, the study does not provide a ready-to-use logical framework for health mediation. Instead, it provides keys to understanding how this mediation works, and how its multiple components work together. In order to facilitate the implementation of health mediation, the study's findings need to be translated into concrete terms. This would require a substantial knowledge transfer effort (i.e., modalities that encourage access, appropriation and use of

knowledge for decision-making purposes and transforming practices), so as to guide and/or question practices.

Methodological contributions

Drawing on our previous work (see V1 and V2 above). and on the results from this study, we finalized a conceptual framework for analyzing health mediation, something advocated by the Medical Research Council (MRC) (31,32). Indeed, the latest MRC guidelines emphasize the importance of a priori evaluations to understand the mechanisms of effect, and the role of context and of implementation on these mechanisms (31). Some authors have also emphasized the importance of using theory in pilot studies (8), so as not to restrict them to classic studies of trial feasibility. Specifically, they suggest that pilot studies be used not only to test the viability of interventions, but above all to establish the hypotheses of how they work, prior to any implementation or evaluation. It is in this spirit that we proceeded here, postulating that the lack of evaluation of the effects of health mediation lies partly in the inability to grasp the full complexity of this intervention modality (32). Accordingly, the work described here can be likened to a pilot study; by offering a large range of hypotheses to be validated and variables to be investigated in the evaluation, its results will encourage further studies on the effectiveness of health mediation in fostering healthcare utilization. More specifically, this work provides a relevant analytical framework for any evaluation approach (experimental, quasi-experimental, natural experimentation, etc.).

Conclusion

This study concludes the methodological development of a framework for analyzing health mediation, by combining theoretical and experiential knowledge. This analytical framework sets out the questions to be taken into account when implementing and evaluating health mediation (i.e., What works in health mediation, how, why and with whom?).

Declaration

Ethical approval and consent to participate

All methods were performed in accordance with French reference methodology 004.

Consent for publication

Not applicable

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This work was supported by French National Cancer institute (INCA) (Grant : 2021/008), National Federation of Associations in Solidarity with Gypsies and Travellers (Fnasat-GV) and Santé publique France institute.

Authors' contributions

ER conducted all the interviews, analyses, and drafted the first version of the manuscript. LR double-checked the analyses coding. ER drafted the final version of the health mediation conceptual framework and the health mediation interventional system. All the authors contributed to data interpretation. All reviewed the manuscript and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors thank the Fnasat-GV association for the seminar organization, and Nolween Stevens for her help in drafting the final health mediation interventional system. Our thanks also to Jude Sweeney (Milan, Italy) for the English editing and revision of the manuscript.

References

1. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
2. Farnarier C. Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. 2015;150:kjkpkj.
3. Lacouture A, publique (EHESP) E des hautes études en santé. Etat de l'art des dispositifs mis en oeuvre à l'étranger pour favoriser auprès des décideurs le recours aux données sur des interventions probantes ou prometteuses dans le champ de la prévention ou de la promotion de la santé. EHESP. 2016 Jun;58.
4. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Sep 1;12(9):e062051.
5. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. *Etudes Tsiganes*. 2014;n° 52-53(4):181–9.
6. Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-Vuillaumé S. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en oeuvre par l'IMEA. Ministère de la santé et des solidarités. 2006;136.
7. Musso S, Delaquaize H. Réinventer la roue? La difficile capitalisation des expériences de médiation en santé en France. *Convention nationale 2016 Sidaction*. 2016 Jun;1–20.
8. Thabane L, Cambon L, Potvin L, Pommier J, Kivits J, Minary L, et al. Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*. 2019 May 30;20:8.
9. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019 Dec;19(1):339.
10. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
11. Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci*. 2015 Oct 30;10:10.
12. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. sage; 1997.
13. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Belmont, CA: Wadsworth; 2011. 84 p.
14. Pawson R. *Evidence-Based Policy*. 2006;208.
15. Martin-Fernandez J, Aromatarario O, Prigent O, Porcherie M, Ridde V, Cambon L. Evaluation of a knowledge translation strategy to improve policymaking and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: TC-REG, a realist study. *BMJ Open*. 2021 Sep 1;11(9):e045936.
16. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*. 2021 Jun 19;19(1):95.
17. Bilodeau A, Parent A, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche? *chairecacis*. 2019;43.
18. Haschar-Noé N, Basson JC. Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé: La Case de Santé de Toulouse (France). *Innovations*. 2019;N° 60(3):121.
19. Haschar-Noé N, Basson JC. Devenir médiateur-riche dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur-riche-s pair-e-s de la Case de Santé de Toulouse. *Revue française des affaires sociales*. 2021;(3):253–73.

20. Faget J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie. ERES. 2015;304.
21. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Oct 15;44:8.
22. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *CMAJ*. 2016 Dec 6;188(17–18):E474–83.
23. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS. 1978;90.
24. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *Am J Health Promot*. 1992 Jan 1;6(3):197–205.
25. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, une pratique émancipatrice ? [Internet]. *La Découverte*; 2015 [cited 2022 Jan 21]. 154 p. Available from: <http://www.cairn.info/l-empowerment-une-pratique-emancipatrice--9782707186348.htm>
26. Vandentorren S, Vuillermoz C. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PLoS One*. 2017;8.
27. OMS. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. 2010;79.
28. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health*. 2018 Jan 1;3(Suppl 1):e000603.
29. Potvin L, Jones CM, Moquet MJ, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012. 386 p.
30. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. OMS. 2009;260.
31. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*. 2013 May 1;50(5):587–92.
32. Fletcher A, Jamal F, Moore G, Evans RE, Murphy S, Bonell C. Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. *Evaluation*. 2016 Jul 1;22(3):286–303.

3.4 Etape 4 : Evaluation de la médiation en santé, un exemple

La médiation en santé est une intervention prometteuse qui combine diverses pratiques nécessitant des adaptations constantes à un contexte social changeant. À ce jour, aucune étude n'a démontré son efficacité dans un contexte expérimental. Le cadre d'analyse peut être confronté à la réalité dans différentes études de cas pour évaluer la médiation en santé. En effet, il détaille tous les éléments de contexte, interventionnel, mécanismes et potentiel effet de la médiation en santé à prendre en compte dans une telle étude. Nous illustrons cette application par l'étude de cas ECEMSo. L'étude ECEMSo vise à identifier l'impact de la médiation en santé et à mettre en évidence les conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé pour promouvoir le recours aux services de santé, en particulier les dépistages organisés du cancer parmi les populations éloignées vivant dans des habitats informels (PVIH) en France. Cet article décrit le protocole de l'étude de cas ECEMSo (Annexe 4). Le cadre d'analyse a permis de développer les outils de collecte des données qualitatif et quantitatif (Annexe 5).

4 Discussion

4.1 Synthèse des résultats

L'objectif de ce travail était d'élaborer un cadre d'analyse de la médiation en santé pour évaluer la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Pour ce faire, nous avons mené quatre études présentées ci-dessus en quatre étapes. A l'aide de la première étude, nous avons identifié les éléments de contexte influençant la médiation en santé (Ce, Ci) et une première liste de mécanismes (M). La deuxième étude a complété les mécanismes (M) influant le recours aux services de santé (O) et la compréhension de leur influence sur le recours aux soins en vue de définir les mécanismes sur lesquelles devait agir la médiation en santé. La troisième étude nous a permis de développer une taxonomie des activités réalisables par les médiateurs ou médiatrices en santé (Ci) et d'identifier les configurations CeCiMO à priori nécessaires à la faisabilité et au succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Par conséquent, fort de ces résultats nous élaborons les conclusions suivantes.

Les médiateurs et médiatrices en santé mettent en œuvre la médiation en santé à travers trois dimensions d'activités : la structuration territoriale de la médiation en santé, la navigation dans le système de santé et la coordination des actions de réponse en lien avec une communauté de pratiques (e.g., tiers médiateur, acteurs locaux, décideurs, personnes accompagnées). Toutes ces activités sont menées soit auprès de personnes éloignées du système de santé soit auprès des acteurs de terrain concernés ou ayant un pouvoir de réponse à leurs besoins et leurs problématiques.

La structuration territoriale de la médiation en santé s'inscrit dans la durée à l'aide de fonctions de diagnostic territorial en continu, d'alerte, de tiers expertise et de formalisation de cette structuration. Les médiateurs et médiatrices en santé développent ainsi une expertise fine des populations accompagnées au sein du territoire et deviennent des « sentinelles » des besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé.

La navigation dans le système de santé permet 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. Pour ce faire, les médiateurs et médiatrices accompagnent les personnes à naviguer dans le système de santé et les acteurs de terrain à rencontrer les personnes qui sont éloignées du système de santé.

Enfin, la coordination des actions de réponse aux besoins et problématiques des personnes éloignées du système de santé s'effectue en lien avec une communauté de pratiques qui permet de coordonner les ressources, et de mettre en œuvre des actions de réponses et leur suivi/bilan. L'organisation et le pilotage de la communauté de pratiques peuvent être diverses suivant les spécificités organisationnelles des territoires.

Ces trois dimensions d'activités de la médiation en santé que sont la structuration territoriale de la médiation en santé, la navigation dans le système de santé et la coordination des actions de réponse en lien avec une communauté de pratiques sont bien présentes dans le rapport d'évaluation du programme des médiateurs de santé publique en 2006 (21) et dans le référentiel de compétences, formations et bonnes pratiques de la HAS (39). Nos travaux ont permis de préciser comment ces dimensions d'activités s'articulent entre elles et la nécessité de les mettre en œuvre de manière complémentaire en respectant les éléments de contexte qui l'influencent.

Le cadre conceptuel final de la médiation en santé produit (figure 7) met en évidence les éléments contextuels et interventionnels et les mécanismes qui contribuent à son effet. Les éléments contextuels influant sur les trois dimensions d'activités de la médiation en santé, comme la navigation dans le système de santé, la structuration territoriale et la coordination des actions de réponses sont l'attitude et la posture du tiers médiateur, les fonctions et principes de la médiation en santé et, les connaissances des spécificités des publics et du contexte territorial de la communauté de pratiques. Tous ces éléments contextuels sont eux-mêmes facilités par la sécurisation du cadre professionnel du tiers médiateur, par l'engagement politique et financier des institutions et, la possibilité, pour les médiateurs et médiatrices en santé et la communauté de pratiques, de pouvoir agir sur les déterminants sociaux de la santé. Nos travaux mettent en évidence trois piliers nécessaires à considérer pour la mise en œuvre de la médiation en santé que sont le tiers médiateur, la communauté de pratiques et l'intervention elle-même, ayant chacun leurs conditions de faisabilité et succès à prendre en compte en vue de produire un effet sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Ils sont tous exposés dans le cadre conceptuel final de la médiation en santé de manière plane et non linéaire (figure 7). Nos résultats ont également identifié et validé six mécanismes de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées : les besoins perçus en santé, la diminution des obstacles perçus pour l'utilisation des services de santé, la confiance envers une personne ressource, les capacités individuelles et collectives et l'auto-efficacité collective.

Le système interventionnel de la médiation en santé (figure 8) permet de comprendre comment la médiation en santé fonctionne, en expliquant les relations dynamiques entre les dimensions d'activités de la médiation en santé, leurs mécanismes d'effet et les résultats a priori obtenus.

Ainsi, la navigation dans le système de santé développe les capacités individuelles et la confiance envers une personne ressource des personnes éloignées du système de santé. Ces mécanismes déclenchent l'intention d'accéder aux services de santé seulement s'il existe une gêne physique. La structuration territoriale de la médiation en santé et la coordination des actions de réponses permettent de développer l'auto-efficacité collective au sein de la communauté de pratique (e.g., tiers médiateur, acteurs de terrain, décideurs et personnes accompagnées) et la diminution des obstacles perçus par les personnes éloignées du système de santé, ce qui déclenche les adaptations des organisations/système pour accueillir et accompagner les personnes qui en sont éloignées. Enfin, la navigation dans le système de santé et la coordination des actions de réponses aident à l'émergence de besoins perçus en santé et développent les capacités collectives des personnes éloignées du système de santé, ce qui déclenche leur intention d'accéder aux services de santé pour un bien-être physique et mental.

La médiation en santé demande en ce sens une adéquation du système de santé (pour initier des adaptations nécessaires à l'accueil et à l'accompagnement des populations éloignées à l'aide d'une communauté de pratiques) et des personnes accompagnées (pour développer leur intention d'utiliser le système de santé selon leurs besoins perçus en santé).

Fort de ces résultats, nous allons maintenant discuter du lien entre les mécanismes de la médiation en santé et ceux de l'empowerment et la manière de garantir les conditions macro-systémiques de faisabilité et de succès de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

4.2 Un lien étroit entre les mécanismes de la médiation en santé et ceux de l'empowerment

Les mécanismes (i.e., capacités individuelles et collectives) identifiés, dans nos travaux, correspondent aux différents facteurs de l'empowerment individuel comme des facteurs préalables à la poursuite de l'empowerment individuel vers un empowerment plus collectif. Ces facteurs correspondent à ceux retrouvés dans les cadres conceptuels de l'empowerment (86–88).

L'augmentation du pouvoir d'agir des personnes accompagnées figure parmi les enjeux structurants de la médiation en santé auprès et avec des publics éloignés du système de santé. La médiation en santé

est présentée par la HAS comme une intervention “émancipatrice” pour les populations éloignées du système de santé. Dans sa définition de la médiation en santé, la HAS précise ainsi que « la médiation en santé a pour objectif de (...) renforcer l’autonomie et la capacité d’agir des personnes dans la prise en charge de leur santé » (39). Il s’agit du ‘faire avec’ entendu comme « faire avec les personnes et non à leur place car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes » (39). Apparaît ainsi une nuance qui est loin de faire consensus selon le positionnement et les intérêts poursuivis par les promoteurs de la médiation en santé. Les notions d’autonomie, d’émancipation portées par la médiation en santé impliquent (i) un meilleur contrôle - collectif et individuel - des savoirs, savoir-être et savoir-faire pour contribuer favorablement à son parcours de santé, (ii) s’impliquer dans les projets qui concernent les personnes et leur communauté et (iii) intervenir sur les politiques publiques dans une démarche de santé communautaire et défendu par la promotion de la santé (89).

L’empowerment peut être compris à la fois comme un état - celui d’être « empowered » - mais également comme un processus. Cet état et ce processus sont à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques (86). Il articule alors deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d’apprentissage pour y accéder (87). L’« empowerment » désigne alors « tout autant le processus que le résultat de ce processus » (90). Le résultat peut aussi bien être « le pouvoir attribué » que le « pouvoir obtenu ». Quant au processus, il caractérise deux mouvements opposés, celui de la transmission de haut en bas et celui de l’émancipation du bas vers le haut (87).

Dans le domaine de la santé publique, l’empowerment a traditionnellement été défini par son absence (i.e., l’impuissance) (22). Cependant, ces dernières années, un nouvel usage et donc définition de ce terme (i.e., dimension positive avec l’empowerment) sont apparus (86). Dans sa définition la plus large, l’empowerment est une construction à plusieurs niveaux qui implique que les personnes aient le pouvoir de changer leur environnement social et politique. Il s’agit d’un concept écologique qui implique un changement interactif à plusieurs niveaux : l’individu, l’organisation et la communauté (88). Une étude sur l’empowerment implique donc de ne pas se contenter d’étudier le changement individuel, mais aussi le changement dans le cadre social lui-même c’est à dire l’empowerment collectif (87).

Cependant, les personnes éloignées du système de santé ont une perception de contrôle limité sur leur vie (22). Les interventions qui tentent d’augmenter l’empowerment individuel sans changer leurs conditions de vie, peuvent augmenter la frustration et conduire à une plus grande perception d’impuissance et de mauvaise santé (22).

Pour ce faire, la médiation en santé et plus largement les interventions de promotion de la santé doivent développer la capacité d'action des personnes, avec des stratégies de faire avec la personne et non pour elle. Plus important encore, les interventions doivent encourager la création d'une organisation collective au sein de la communauté¹⁶ de pratique afin de favoriser le partage d'une identité commune et la définition d'objectifs partagés jugés valable par les populations éloignées. Cette communauté de pratique sera ensuite en mesure de concevoir des solutions et d'avoir un impact au-delà de ses frontières. Ceci se réalise grâce à l'acquisition de compétences soutenue par des actions de collaboration visant à établir un partage plus structuré des connaissances et une coordination engagée des acteurs dans la communauté de pratique (e.g., tiers médiateur, acteurs locaux, décideurs, personnes accompagnées). Enfin, ces collaborations permettront d'influencer et de solliciter les politiques publiques et les institutions en vue de transformer le système socio-politique en s'engageant activement dans une démarche de transformation sociale (87). Les personnes éloignées du système de santé peuvent acquérir alors un sentiment de contrôle et de détermination pour exercer un pouvoir politique lorsqu'ils participent aux activités de la communauté de pratique (22). Cela implique de mettre en œuvre des interventions qui promeuvent une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés de pratique et de transformation sociale (86). Pour ce faire, garantir les conditions macro-systémique de faisabilité et de succès de la médiation en santé apparaît comme un enjeu majeur pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

4.3 Des conditions de faisabilité et de succès aujourd'hui trop fragiles

4.3.1 Face à une organisation vacillante, normative et palliative, un engagement politique plus juste à promouvoir

L'engagement politique et financier est une condition macro-systémique de faisabilité et succès majeur de la médiation en santé. Notre recherche a mis en évidence à quel point la médiation en santé est une organisation frontière vacillante à cause, comme nous l'avons déjà évoqué, des difficultés de cohérence de l'approche de la médiation en santé. En effet, l'organisation du système de santé, par nature fortement institutionnalisé avec de nombreux acteurs, est marqué par un fort cloisonnement

¹⁶ La communauté se définit « comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitants, professionnels, élus, institutions) dans un espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune (91).

structurel, notamment entre le monde social et médical. Ce cloisonnement entrave la cohérence des prises de décision et la capacité à gérer de façon collaborative et participative les enjeux complexes posés par les populations éloignées du système de santé. Nous allons nous rendre compte à quel point l'engagement politique et financier autour de la médiation en santé est rempli d'injonctions normatives à l'origine d'injustices épistémiques et comment, d'après le cadre d'analyse, promouvoir la mise en œuvre de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées dans une logique de justice sociale.

4.3.1.1 Une intervention faite d'injonctions normatives à l'origine d'injustices épistémiques

La revue exploratoire a montré que la mise en œuvre de la médiation en santé cible essentiellement, la responsabilité des personnes à aller vers un système normatif qui est d'ordre strictement individuel et relevant de comportements extraits de leur contexte (85). Il est important de s'interroger sur la finalité (i.e., cible) de la médiation en santé. La HAS définit la médiation en santé comme « un processus temporaire de l'aller vers et du faire avec » dont les objectifs sont d'accentuer : (i) l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun, (ii) le recours à la prévention et aux soins, (iii) l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, (iv) la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public (39). Le terme « autonomisation » se réfère à une responsabilisation des personnes en vue d'adopter des comportements favorables à leur santé (92). Dans le même sens, nous pourrions nous interroger sur l'autonomisation au regard de qui de quoi ? (92). Solliciter ou obliger les personnes éloignées du système de santé à utiliser des services de santé, organisés pour les besoins et par le groupe dominant de la société, est une injustice épistémique (93). L'injustice épistémique peut être de témoignage ou d'interprétation. Ici, nous sommes en présence d'une injustice épistémique d'interprétation c'est-à-dire l'impossibilité pour certaines personnes de faire valoir leurs expériences avec leurs mots car la société en légitime d'autres. Ainsi, les aspects essentiels de l'expérience d'une personne peuvent être occultés dans la compréhension d'un vécu reposant sur les témoignages de la population générale concernée (93). Ces témoignages sont souvent considérés comme crédibles, car issus de personnes dominantes. Les comportements favorables pour la santé (i.e., cible/finalité de la médiation en santé) seraient donc dits favorables selon les normes de la société dominante en accord avec ses conditions d'existence.

4.3.1.2 Pour un effet et pour être plus juste, la médiation en santé : une intervention émancipatrice

Pour ce qui nous concerne, admettre ici que les interventions favorisant l'accès aux services de santé des populations qui en sont éloignées sont conçues par des personnes issues de groupes sociaux

dominants et plus favorisés permet d'admettre que ces interventions ne répondent sans doute pas complètement aux besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé eux-mêmes. En effet, selon les recommandations de Fillol et al. (94), les interventions de santé publique doivent adopter une objectivité forte qui prend en compte le point de vue à partir duquel les connaissances sont produites en vue de limiter l'influence des structures oppressives. Les interventions de santé publique sont souvent créées et pilotées par une petite partie de la population, généralement socialement ou financièrement privilégiée, qui cherche à résoudre les problèmes de vulnérabilité rencontrés par une autre partie de la population, souvent socialement vulnérable (95). Cependant, sans une pratique réflexive systématique, la santé publique risque de perpétuer des injustices sociales en restreignant la diversité des personnes, des discours et des idées impliquées dans la production des connaissances, des décisions et des actions. Ainsi, au sein de la santé publique, tout comme dans l'ensemble de la société, cette manière de faire, citée ci-dessus, limite la possibilité pour certaines personnes d'exprimer leur voix et de contribuer intellectuellement aux discussions, aux connaissances, aux décisions et aux actions (96,97). Ceci est une injustice épistémique (93).

C'est pourquoi, la médiation en santé doit s'inscrire dans une démarche de santé communautaire pour limiter ces injustices épistémiques (98). Cette démarche réalisée avec et idéalement par les personnes éloignées du système de santé aidera à identifier leurs besoins et faire des choix qu'ils jugent valables pour eux-mêmes et la communauté et les problématiques rencontrées au sein du territoire. Pour se faire, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la médiation en santé peuvent s'effectuer selon les 7 repères de la démarche en santé communautaire (91) : adopter une approche globale de la santé, agir sur les déterminants de la santé, travailler en intersectorialité, concerner une communauté, favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction, favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir, valoriser et mutualiser les ressources de la communauté, avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente.

On passe donc, pour les populations éloignées, d'une incitation à faire, émise par des acteurs de terrain, à un objectif d'émancipation plus juste, coordonné au sein d'une communauté de pratiques (e.g., tiers médiateur, acteurs de terrain, décideurs et personnes accompagnées). Pour que la médiation en santé atteigne son objectif d'émancipation et que les publics accompagnés puissent développer leur pouvoir d'agir. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la médiation en santé doivent s'inscrire dans cette démarche. Ainsi, chercher à reproduire et préserver les mécanismes d'effet de la médiation en santé, présentés dans le système interventionnel, dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation

de la médiation en santé, vise justement à faire que la médiation en santé ne reproduise pas ces injustices. En effet, nous avons précisé que la médiation en santé doit tendre à faire émerger les besoins perçus en santé des personnes éloignées du système de santé et faciliter leur empowerment collectif pour favoriser le recours aux services de santé des personnes qui en sont éloignées, dans une démarche de santé communautaire. Cette démarche favorise alors l'alliance entre les médiateurs ou médiatrices en santé, les personnes éloignées et d'autres acteurs au sein d'une communauté de pratique. Pour aller encore plus loin sur l'engagement institutionnel, il est important que la médiation en santé puisse agir sur les déterminants sociaux de la santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui sont éloignées.

4.3.2 Une possibilité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé sous contraintes

La possibilité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé apparaît comme une condition macro-systémique essentiel à garantir pour que la médiation en santé favorise le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Notre recherche a mis en évidence l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour limiter les obstacles perçus à l'utilisation des services de santé et ainsi développer les besoins perçus en santé des personnes éloignées du système de santé. En effet, les besoins perçus en santé apparaissent, dans nos travaux (Etape 2), comme un mécanisme fondamental pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Par conséquent, nous verrons comment, à l'aide du cadre d'analyse, la médiation en santé peut agir sur les déterminants sociaux de la santé pour faire émerger des besoins en santé des personnes éloignées du système de santé et à quel point la place du tiers médiateur est complexe tant il leur est demandé d'agir pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées sans réel pouvoir pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

4.3.2.1 *Agir sur les déterminants de l'inclusion sociale pour développer les besoins perçus en santé*

Dans la société, il est attendu que les populations éloignées des services de santé les utilisent bien que ceux-là ne leur correspondent pas. En effet, nous avons déjà vu plus haut que les services de santé ne répondent pas forcément à leurs besoins. En effet, être « en bonne santé » n'est plus une fin en soi, « mais devient un moyen de faire (de se déplacer, de se maintenir, de travailler...), outils individuel, nécessaire à la survie du quotidien » (99). La santé n'a pas une valeur pour elle-même mais parce qu'elle a une fonction. Du fait de la valeur donnée à la santé par les personnes éloignées du système de santé, il faut diminuer la compétitivité avec d'autres besoins liés à la survie (financier, logement,

alimentation, travail, charge familial) avant toute chose. Ensuite, si la personne le juge valable pour elle, une attention peut être portée sur l'émergence de besoins en santé, notamment en prévention.

Le système interventionnel de la médiation en santé essaie alors de rendre lisible comment y arriver. Les actions de réponses doivent se faire de manière coordonnée et en lien étroit entre le médiateur en santé et la communauté de pratiques (e.g., tiers médiateur, acteurs locaux, décideurs, personnes accompagnées). Ce lien étroit se construit avec et au cours de la structuration territoriale de la médiation en santé. Le médiateur et la médiatrice en santé, avec la communauté de pratiques, doivent pouvoir rendre possible l'émergence des besoins perçus en santé des personnes éloignées du système de santé. Pour ce faire, la communauté de pratique doit proposer des interventions (i.e., actions de réponse) pour agir sur les déterminants sociaux de la santé (e.g., principalement les déterminants sociaux de l'inclusion sociale). Puis, les médiateurs et médiatrices en santé doivent donc soutenir, de manière concomitante, des actions de réponse envers les déterminants sociaux de la santé au sein et avec la communauté de pratiques, et réaliser des activités de navigation dans le système de santé auprès des personnes que les médiateurs et médiatrices en santé accompagnent et des partenaires qu'ils sensibilisent et avec lesquels ils collaborent.

Tout ceci démontre bien que les défauts de soins et de prévention ne résultent pas que d'une responsabilité individuelle mais aussi d'une responsabilité collective au sein du système de santé lui-même. En effet, le système interventionnel de la médiation en santé montre bien que le système de santé doit lui-même s'adapter aux besoins de chaque citoyen en agissant sur les déterminants sociaux dit structurels de la santé. Ainsi le droit à la santé de tous est facilité comme le suggère le cadre conceptuel de la commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (16).

4.3.2.2 Une place pour faire sans pouvoir faire

Nos travaux soulignent que le rôle d'intermédiaire du médiateur ou médiatrice en santé s'avère celui d'un intermédiaire sans aucun pouvoir de décision ni autorité. Le médiateur ou la médiatrice en santé ont tendance à relever des défaillances du système. Tout comme le Médiateur de la République, il met en évidence les problèmes rencontrés et propose des solutions, mais il ne peut fondamentalement transformer la cause originelle qui a donné lieu au conflit (1).

En effet, l'existence de conditions de vie différenciées est à l'origine des écarts de santé injustes et importants au sein d'un même pays ou entre les différents pays (16). Les causes originelles de la maladie et des inégalités en matière de santé sont donc les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent. Les conditions de vie qui affectent la santé (i) sont déterminées par plusieurs forces

telles l'économie, les politiques ou la sécurité publique, (ii) dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources sur tous les plans : mondial, national et local, (iii) reflètent globalement les ressources (qualité et quantité) qu'une société rend accessible à sa population afin de répondre à ses besoins et de faire face à l'environnement (16). Les « causes des causes » des inégalités sociales de santé sont les déterminants sociaux de la santé dans la société. La production sociale de la maladie se soucie d'abord des déterminants politiques et économiques de la santé et de la maladie. Les liens entre les inégalités sociales et la santé doivent s'intéresser davantage aux causes structurelles (e.g., politique de logement ou la position sociale (éducation, revenu, genre, appartenance ethniques)) plutôt qu'aux perceptions de l'inégalité (e.g., conditions matérielles de vie ou facteurs psycho-sociaux) (16,100–102). Pour faire face aux inégalités de santé, l'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande : (1) d'améliorer les conditions de vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, (2) de lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les déterminants structurels dont dépendent les conditions de vie quotidienne, (3) de mesurer et comprendre le problème des inégalités et évaluer l'efficacité de l'action menée (16).

Les médiateurs et médiatrices en santé agissent, dans ce sens, en complémentarité de tous les autres professionnels intervenant sur la santé et les conditions de vie de personnes éloignées du système de santé. Il œuvre ainsi à faire reconnaître leur droit à la santé dans des contextes macro-systémiques sous forte influence (territoriale, politique). Cependant, l'engagement politique et financier des institutions, la possibilité d'agir sur les déterminants structurels de la santé et la sécurisation du métier nécessaire à l'effet de la médiation en santé se heurtent à l'incohérence politique dominée par des logiques de rentabilité du système de santé et à la gouvernementalité en cours basée sur l'économie de marché (86,103). Cela explique (en partie) la fragilité de la médiation en santé. En effet, les différents décideurs des politiques publiques demandent aux médiateurs et médiatrices en santé de combler l'absence ou l'impossibilité d'autres professionnels (e.g., du soin, de l'accompagnement social et du médico-social, en particulier, des services publics plus globalement) à agir ou de réparer les conséquences de choix politiques mettant à mal les systèmes (sanitaire mais aussi d'accès aux droits, au logement, à l'éducation, etc.). Ces choix politiques présentent des effets parfois délétères pour certaines populations. D'autant plus que les différents décideurs ne remettent pas en question le fonctionnement ou les moyens (humains, financiers, matériels) mis à disposition de ces derniers pour fonctionner. Cela démontre aussi une incohérence « philosophique » puisqu'il est attendu de ces médiateurs et médiatrices en santé, agissant très localement auprès des plus exclus, qu'ils répondent

efficacement à leurs besoins, selon le principe de justice sociale, en favorisant intersectorialité, coordination et approche systémique, alors même que les politiques publiques qui façonnent les conditions de vie de ces personnes ne sont pas conçues selon ces principes mais plutôt en silo. La médiation en santé ne peut pas pallier les difficultés structurelles du système de santé pour agir sur les déterminants sociaux et son incapacité à s'adapter aux caractéristiques des populations les plus éloignées du système de santé. Elle apparaît plus justement comme un révélateur de ses défaillances. Pour preuve, malgré l'émergence de nombreuses interventions de lutte contre les situations de renoncement au recours aux services de santé (le Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures (PLANIR) porté par l'assurance maladie (104), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des situations complexes mis en œuvre dans chaque région, les PASS mobile, les équipes mobiles attachées à des services de santé, les équipes mobiles précarité, les nombreuses interventions hors les murs en mode aller vers ,...) les populations éloignées des services de santé augmentent et s'en éloignent encore plus (105). Ceci interroge sur la mise en œuvre de ces dispositifs de lutte qui se multiplient depuis le début du 21^{ème} siècle mais pour lesquels les effets se font peu ressentir (106). L'efficacité de ces interventions pâtit alors des choix politiques et de l'impossibilité ou de l'incapacité des services publics à agir sur les causes des causes des défauts de soins et de prévention. Par conséquent, ceci limite l'effet des médiateurs et médiatrices en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées.

4.3.3 L'enjeu de finaliser une professionnalisation inachevée

Nos travaux ont mis en évidence à quel point la sécurisation du tiers médiateur dans l'exercice de son métier (e.g., cadre professionnel, formation qualifiante, salaire, reconnaissance) influe l'efficacité des dispositifs de médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Nous allons décrire les difficultés rencontrées les médiateurs et médiatrices en santé par le manque de professionnalisation. Puis pourquoi l'unification sémantique assumée des médiations pour faciliter l'identité sociale de la médiation produit un effet limité. Enfin, nous évoquerons le difficile équilibre à trouver entre sécuriser le métier de médiateur et médiatrice en santé sans le rigidifier.

4.3.3.1 *Les difficultés rencontrées par le manque de professionnalisation*

Après des expériences pionnières encourageantes (7,21,30–36,42), un cadre institutionnel a été formalisé par l'inscription de la médiation en santé dans la loi de modernisation du système de santé (37), le code de santé publique en 2016 et par l'élaboration d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques par la HAS (39). Ce dernier soutient la mise en œuvre de la médiation

en santé comme objectif prioritaire, dans les programmes régionaux d'accompagnement pour les plus démunis (PRAPS) portés par les Agences Régionales de Santé. Toutefois, ni le législateur, qui a défini les objectifs de la médiation en santé, ni le gouvernement qui en a donné une définition réglementaire, ne déterminent si la médiation en santé doit être portée par une profession dédiée ou si elle peut être mise en œuvre par tout professionnel de santé ou du social. Ce début d'institutionnalisation a permis d'inscrire la médiation en santé dans le système de santé. Toutefois, il reste difficile de caractériser la personne qui met en œuvre la médiation en santé au sein d'un métier identifié et spécifique qui, par manque de reconnaissance statutaire, prend diverses acceptations : patient navigateur, médiateur sanitaire, médiateur en santé, pair aidants, médiateur pair, adulte relais, femme relais, référent santé, animateur santé, ... (85).

A cela s'ajoute une forte disparité de l'offre de formation que ce soit dans sa nature ou dans sa disponibilité locale (40). En effet, il n'existe pas de standard de durée ou de contenu permettant de garantir la qualité des formations. Les compétences nécessaires à l'exercice de la médiation en santé sont mal identifiées, les contenus des formations peu homogènes, la visibilité et la reconnaissance de ce domaine sont trop peu gratifiantes (40). Les formations sont de durée variable (3 mois/2 ans) (40). Nos travaux décrivent un cadre professionnel peu sécurisant. Les médiateurs et médiatrices en santé sont majoritairement employés par des associations sur des fonds labiles avec peu de perspectives de carrière (85). De ce fait, il n'y a ni sécurité de maintien dans l'emploi, ni perspectives de pérennisation par un contrat à durée indéterminée ou d'évolution de carrière.

Tout ceci démontre que la professionnalisation de la médiation en santé reste à construire. La professionnalisation se définit comme un processus de construction identitaire qui passe autant par l'institutionnalisation d'un cursus reconnu, par l'inscription du statut des emplois dans une grille, par la reconnaissance d'une qualification professionnelle, que par l'institutionnalisation d'un corps professionnel qui s'est constitué (107). Par conséquent, la professionnalisation non achevée limite la reconnaissance professionnelle des médiateurs et médiatrices en santé. Selon la théorie de l'identité sociale, la reconnaissance professionnelle est liée à la façon dont les individus perçoivent leur identité professionnelle et à la valeur accordée à cette identité par la société (108). La reconnaissance professionnelle est donc liée à l'importance accordée à l'identité professionnelle dans la société (107). Par exemple, lorsqu'une profession est socialement valorisée et bénéficie d'un statut élevé, les individus qui en font partie sont susceptibles de bénéficier d'une plus grande reconnaissance sociale. Dejours C. (109) précise bien que « la reconnaissance porte non pas sur l'être, mais sur le faire. C'est dans un deuxième temps seulement que la reconnaissance portant sur le faire, lorsqu'elle a été

obtenue, peut être rapatriée dans le registre de l'être par le sujet lui-même » (109). Cette reconnaissance donne également accès à l'appartenance à une communauté. La reconnaissance professionnelle est alors associée au sentiment d'appartenance à un groupe social et de l'identification à ce groupe dans la construction de l'identité et de la reconnaissance individuelle. Nos travaux ont mis en évidence à quel point ce défaut de professionnalisation, de reconnaissance professionnelle voir d'identité sociale de la médiation en santé limitent son efficacité pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. C'est pourquoi l'institutionnalisation du métier de médiateur et médiatrice en santé devient nécessaire pour favoriser l'efficacité et la pérennité des dispositifs de médiation en santé.

4.3.3.2 Une unification sémantique assumée des médiations pour faciliter l'identité sociale de la médiation à effet limité

Les travaux scientifiques « fondateurs » (1,5,8,110) et le cadrage institutionnel de la médiation en santé (37,39) ne précisent pas sa porosité avec les autres formes de médiation (i.e., médiation sociale essentiellement). En effet, le terme de médiation est souvent associé à un substantif qui désigne son domaine d'activité ou son espace professionnel. On parle ainsi de médiation culturelle, scientifique, sociale, sanitaire, en santé, en santé publique, institutionnelle, professionnelle, familiale, de crédit, d'entreprise, ... Malgré ces étiquettes, le sens du terme médiation reste polyforme et varie en fonction des personnes qui s'y réfèrent. Par conséquent, on ne sait plus vraiment ce qu'elle englobe, ce à quoi elle renvoie ni quel est son sens (1,8). En résumé, la médiation est souvent associée à divers domaines d'activité, mais sa compréhension et son champ d'action demeurent flous et sujets à interprétation. Le sens commun la perçoit généralement comme un accompagnement spécifique dans des processus de négociation ou de résolution de conflits, qui peut varier selon la nature et les objectifs de ces processus (8).

Si les médiations et les médiateurs, ainsi que les professions qu'ils représentent, sont diversifiés, « l'utilisation du terme "médiation" au singulier permet de la maintenir sous une forme unitaire et exclusive » (1). En d'autres termes, l'utilisation du singulier "médiation" permettrait de rassembler et de donner « une cohérence symbolique à la pluralité d'acteurs et d'activités liés à la médiation » (1). Cela contribuerait « à légitimer et à professionnaliser davantage ce domaine en créant une unité conceptuelle », même si la réalité pratique est diverse et hétérogène (1). Cette manière globale de la caractériser détermine « son développement vers la création d'une discipline et d'une profession à construire tout en tentant de poser les bases de son institutionnalisation » (1). Oscillant entre des métiers qui semblent être redéfinis aux couleurs de la médiation et des médiateurs proposant des

activités originales ou normalisées, la médiation est aujourd'hui « un signifiant aux multiples signifiés » (2). Plus qu'un mot, elle est devenue un véritable paradigme (1). Pour ces auteurs, considérer la médiation comme un paradigme aiderait à renforcer l'identité sociale de la médiation. Toutefois, ceci ne s'avère pas opérant par le fait que cela entretient un trop grand flou autour des dispositifs de médiation, ici, en santé. En effet, ils alors subsistent des logiques de pouvoir, des représentations divergentes, des jugements de valeur entre les porteurs et promoteurs des différents domaines d'intervention de la médiation portant la couverture à eux en excluant de faite les autres objets de la médiation. Au regard des nombreuses difficultés relevées ci-avant, il convient de compléter l'institutionnalisation de la médiation en santé par la sécurisation des professionnels qui la représentent : le médiateur ou la médiatrice en santé. Ceci contribuera donc à clarifier leur interaction avec les autres professionnels du secteur sanitaire, social et médico-sociale et les médiateurs d'autres champs dans une logique de complémentarité.

4.3.3.3 Un équilibre à trouver : sécuriser sans rigidifier

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

Si son institutionnalisation contribue à légitimer la médiation en santé et les professions qui s'en réclament, elle tend dans le même temps à « en formaliser les codes, à en normaliser les actions au risque de neutraliser la force et l'originalité de la médiation : son adaptabilité situationnelle » (1). Michèle Guillaume Hofnung revendique une médiation libre de tout cadre (5). Elle parle alors d'« Esprit

» de la médiation, de « mise en capacité des citoyens », de la neutralité et du caractère moral de la médiation, « de nouvelle liberté publique » (5). La médiation plus qu'un outil est un opérateur susceptible d'améliorer le vivre ensemble au sein de la société à condition qu'elle conserve son caractère « citoyen, moral et son autonomie » face à ces institutions et ces professionnels qui semblent la normaliser tant dans sa dimension juridique que culturelle, sociale et sanitaire. La question centrale demeure celle de l'inventivité et de la liberté de mettre en place des dispositifs originaux en dehors d'une normalisation qui transformerait la médiation en un simple outil institutionnel incapable d'évoluer avec la société qu'elle prétend construire (5). Le cadre conceptuel et le système interventionnel de la médiation en santé expose alors respectivement clairement les conditions de faisabilité et succès de la médiation en santé et la manière de la mettre en œuvre à considérer pour garantir un effet dans ce sens, i.e., une intervention émancipatrice.

4.4 Forces et Limites

4.4.1 Forces

La première force est l'ancrage de ces travaux sur la théorie. En effet, nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la théorie (48) en mobilisant les théories de changement de comportement liées à la santé. A ce titre, nous avons élaboré un méta-modèle du recours aux services de santé intégrant les mécanismes capables de l'activer. Ce méta modèle nous a servi dans l'analyse de mécanismes de la médiation en santé favorisant le recours aux services de santé des populations éloignées du système de santé.

La deuxième force est le développement du cadre d'analyse de la médiation en santé, tel que recommandé par le Medical Research Council (MRC) (48,111). En effet, dans les dernières orientations du MRC, l'accent est mis sur les évaluations basées sur la théorie pour comprendre les mécanismes d'effet et le rôle du contexte et de la mise en œuvre sur ces derniers (48). Certains auteurs ont par ailleurs souligné l'usage des théories dans les études dites pilotes (44) afin de ne pas les restreindre à l'étude de la faisabilité des essais. Ils appellent à utiliser ces études pilotes non seulement pour tester la viabilité des interventions mais surtout pour dresser les hypothèses de fonctionnement de ces dernières, avant toute mise en œuvre et toute évaluation. C'est dans cet esprit que nous avons procédé, postulant que le défaut d'évaluation quant aux effets de la médiation en santé résidait pour partie dans l'incapacité à appréhender toute la complexité de cette modalité d'intervention (111). Le travail ainsi réalisé peut s'apparenter à une étude pilote. Elle offre l'ensemble des hypothèses à valider et variables à investiguer dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de la médiation en santé pour

favoriser le recours aux services de santé. Ce travail a permis de fournir un cadre d'analyse pertinent à toute démarche d'évaluation quelle qu'elle soit (expérimentale, quasi-expérimentale, expérimentation naturelle, etc.).

La troisième force de notre étude est le processus de production de connaissance intégré entre chercheurs, décideurs et acteurs de terrain employé dans ce travail. Ce processus permet de limiter les injustices épistémiques en répondant aux besoins des personnes éloignées du système de santé (étape 2) et des acteurs de terrain (étape 3). Par conséquent, il a permis une recherche pragmatique et la production de résultats concrets à mettre en œuvre. A la lumière des nombreux défis de la diffusion des connaissances issus de la recherche dans les pratiques, ce processus de production intégré garantit également une diffusion des résultats dans la pratique plus rapide (112). Cette étude émet donc des préconisations pour faciliter la mise en œuvre d'une intervention respectant la justice sociale et épistémique favorisant le recours aux services de santé des personnes qui en sont éloignées.

4.4.2 Limites

Une des limites de notre étude réside dans la difficulté de faire preuve de rigueur méthodologique dans un contexte de méfiance des personnes éloignées du système de santé à l'égard de technique d'entretien trop rigoureuse. Lanzarini et al (113) démontrent qu'en raison de leurs conditions de vie, de santé et de disponibilité physique et psychique, les entretiens semi-directifs avec les personnes en situation de très grande précarité ne peuvent être menés dans les mêmes conditions qu'avec des personnes non précaires. En effet, les contextes d'habitat informel tel que les bidonvilles, les squats ou les caravanes, peuvent limiter l'intimité pour accéder à la personne et permettre de bonnes conditions d'entretien. Par ailleurs, les personnes en très grande précarité peuvent être réticentes à l'idée même des entretiens par peur d'être reconnues pour des raisons sécuritaires, par honte de s'exprimer en français ou par méfiance envers les enquêteurs à cause d'antécédents de mauvaises expériences. Ces réticences sont dues, notamment dans le cadre du travail social, à l'injonction biographique (i.e., La société exige d'eux qu'ils construisent leur parcours social (e.g., ouverture de droit, insertion professionnelle, insertion logement, ...) alors qu'elle ne les dote pas des moyens qui leur permettraient de le faire (114)) (113–115). Nous avons essayé, par le choix de la méthode d'entretien et de sélection des participants, de respecter au maximum les personnes en prenant en compte leurs antécédents d'injonctions biographiques.

Une deuxième limite de ce travail est le biais de désirabilité sociale. Ce biais est difficile à éviter lors des entretiens auprès des professionnels qui mettent en œuvre la médiation en santé. Ce biais est par

ailleurs sans doute renforcé par la fragilité de la profession qui cherche à se faire reconnaître d'une part et par le militantisme (i.e., l'engagement actif) qui peut animer les différentes parties prenantes d'autre part. Toutefois, le fait d'introduire l'entretien par une question d'ouverture, leur demander tout au cours de l'entretien de préciser leurs réponses afin d'affiner, dépasser les réponses attendues et ainsi recherché une sincérité plus fine dans l'échange peut avoir contribué à le limiter.

Une troisième limite de l'étude est qu'elle ne permet pas de fournir un cadre logique clé en main de la médiation en santé mais plutôt des clés de compréhension de son fonctionnement et de la manière dont ces multiples composantes fonctionnent ensemble. Nos résultats doivent être mis au regard des enjeux actuellement présents autour de la médiation en santé en vue de proposer des perspectives pour sa mise en œuvre ou son évaluation. De plus, la traduction concrète pour faciliter la mise en œuvre de la médiation en santé nécessite un travail conséquent de transfert de connaissances (i.e., modalités favorisant l'accès, l'appropriation, l'utilisation des connaissances à des fins de décisions et de transformation des pratiques) de manière à orienter et/ou questionner les pratiques.

4.5 Perspectives

Au regard de nos résultats, et des nombreux défis (i.e., organisation frontière vacillante, palliative et normative et une institutionnalisation inachevée) que la médiation en santé rencontre, nous sommes en mesure de proposer les préconisations pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation de la médiation en santé.

4.5.1 Comment soutenir la mise en œuvre de la médiation en santé ?

4.5.1.1 *Les adaptations possibles du système de santé*

La première préconisation concerne l'adaptation du système de santé aux besoins et problématiques des populations qui en sont éloignées. Toutes modifications/adaptations dans le système macropolitique en faveur des populations éloignées du système de santé (e.g., politique de logement, droit, emploi, éducation) contribuera à améliorer l'efficacité des interventions pour agir sur les causes des défauts de soins et de prévention.

Les adaptations possibles du système de santé s'effectuent à plusieurs niveaux. Elles doivent être dans les pratiques comme dans la structuration des systèmes sanitaire, social et médico-social. Il est opportun de réaliser des adaptations au sein de la structuration même des systèmes -sanitaire, social et médico-social par (i) une simplification des démarches prenant en compte les besoins des personnes, (ii) le renforcement équitable de l'accessibilité aux services publics complémentaires aux démarches dématérialisées en vigueur et (iii) une meilleure articulation des acteurs, en favorisant l'intersectorialité

plutôt qu'un travail en silo, en mettant en place des procédures partagées pour assurer la continuité des parcours, le développement de l'interconnaissance des services et de leurs champs de compétences (116). Les adaptations des pratiques peuvent être dans l'organisation même des services de santé : prolonger les heures d'ouvertures ou proposer un accueil sans rendez-vous dans les structures de soins en ville et/ou à l'hôpital, mobiliser de l'interprétariat professionnel systématiquement, organiser des actions hors les murs et favoriser l'aller vers dans les lieux fréquentés par les personnes (lieux de distribution alimentaire, écoles, ...), mettre en place des guichets uniques (i.e., rassemblement des services publics représentés dans un même lieu aux plus proches des lieux de vie). D'autres adaptations peuvent faciliter l'accessibilité aux services de santé comme des services ouverts à tous (i.e., ouvert aux personnes sans droit), ou limiter les difficultés d'accessibilité financière liées au coût du transport pour recourir aux services de santé avec la distribution de tickets de transport ou liées à la garde d'enfant en proposant des solutions de gardes d'enfants pour se rendre plus facilement aux rendez-vous programmés ou aux urgences, ... (116).

4.5.1.2 Une médiation en santé au sein d'une communauté de pratiques

Une deuxième préconisation est de concevoir et mettre en œuvre la médiation en santé dans un ancrage territorial fort au sein d'une communauté de pratiques (e.g., tiers médiateur, acteurs locaux, décideurs, personnes accompagnées).

Cette communauté de pratiques doit être centrée sur les besoins et problématiques des populations éloignées du système de santé. Cette communauté de pratiques peut être pilotée et portée par des structures différentes selon les contextes de chaque territoire mais il est important que ses conditions de faisabilité et succès soit respectées. Il est essentiel également qu'elle soit agile, flexible et avec des moyens financiers dédiés. Le champ d'intervention opportun de la communauté de pratiques semble être le territoire (i.e., tout ou partie d'un département). Toutes les communautés de pratiques d'une même région pourraient toutefois collaborer. Cette collaboration permettrait une meilleure cohérence et convergence des interventions auprès des populations éloignées, favoriserait le partage d'expériences, outils, ressources, et faciliterait les remontées d'informations par rapport aux besoins et problématiques des populations éloignées auprès des décideurs. Dans une démarche de santé communautaire, la communauté de pratique serait composée de représentants des populations éloignées du système de santé et de tous les acteurs d'influence et concernés par leurs besoins et problématiques. Son objectif pourrait être de concevoir et mettre en œuvre, au sein du territoire, des actions de réponses adaptées et coordonnées. Les actions de réponses doivent être mises en œuvre selon des pratiques éthiques communes (i.e., attitude et connaissances de la communauté de pratiques

et savoir être et posture du tiers médiateur). Les actions de réponses peuvent être un ensemble d'actions coordonnées que chaque participant à la communauté de pratique peut mettre en œuvre dans sa structure à son niveau et/ou un ensemble d'actions coordonnées et coconstruites misent en œuvre ensemble. Les médiateurs et médiatrices en santé y participeraient au regard de leur expertise fine développée auprès de leurs publics et de leur rôle à jouer sur le territoire pour répondre aux besoins et problématique des personnes éloignées en complémentarité avec les autres participants concernés.

4.5.1.3 *La nécessité de conserver des profils de médiateur et médiatrice en santé diversifiés*

La troisième préconisation concerne la nécessité de conserver des profils de médiateurs et médiatrices en santé diversifiés. Les tiers médiateurs présentent des profils variés leur permettant de s'adapter à la diversité des publics accompagnés et des lieux d'exercice.

Les médiateurs et médiatrices en santé peuvent être issus (pair) ou non (non pair) de la population, formés ou non, mais ils acquièrent leur légitimité auprès de la population par une excellente connaissance de leur territoire, des populations et des acteurs locaux (21,39,85). Au début de la mise en œuvre de la médiation en santé, la proximité des intervenants avec les groupes sociaux les plus vulnérables était privilégiée, afin de rendre accessible la prévention et de rapprocher des soins les populations qui en sont éloignées (21). Aujourd'hui, la proximité sociale avec les publics ciblés n'est pas forcément un critère de recrutement (39,85). La structure emploie un médiateur en santé pair ou non pair pour compléter son équipe en fonction des besoins spécifiques des personnes à accompagner, des connaissances disponibles au sein de la structure sur les spécificités des publics qu'elle accompagne, et au regard des ressources humaines dont la structure dispose en son sein. Dans un cas, l'expérience de l'objet de la médiation est considérée comme essentielle à la pratique de médiation (i.e., médiation en santé pair) alors que dans l'autre, la connaissance des spécificités du public suffit et l'expérience du système de santé est essentielle (i.e., médiation en santé non pair).

Quels que soient l'expérience, la formation, les compétences initiales et acquises du médiateur en santé, il doit collaborer, en interdisciplinarité avec tous les salariés de la structure et les partenaires de la communauté de pratique concernés du territoire voire même partager des missions de médiation en santé avec eux. L'interdisciplinarité se définit comme l'association et la coordination de professions, dans une approche intégrée et synergique. Elle permet de décloisonner les métiers, d'enrichir les échanges en confrontant les regards et de favoriser la créativité. L'interdisciplinarité ne vise pas à gommer les compétences spécifiques liés à chaque métier ou fonction, mais bien à faciliter leur

articulation et à valoriser leur complémentarité. Elle favorise la montée en compétences des professionnels. Tous les salariés sont susceptibles d’appréhender toutes les activités/missions de l’équipe (en dehors des actes de soins spécifiques aux médecins, infirmiers, psychologues, ...). Les salariés disposent ainsi d’une vision globale de la situation de chaque personne accompagnée. La prise en charge est assurée de manière globale, sans segmentation ou cloisonnement. Le médiateur en santé apporte alors sa forte expertise des besoins et problématiques des populations éloignées accompagnées et est garant des fonctions et principes de la médiation en santé tout en maintenant son savoir être et sa posture. Ces collaborations sont d’autant plus essentielles au regard de la grande diversité de compétences nécessaires pour mettre en œuvre les activités de médiation en santé (i.e., structuration territoriale de la médiation en santé, coordination des actions de réponses et navigation dans le système de santé).

4.5.1.4 Le nécessaire accompagnement des tiers médiateurs au sein des territoires

La quatrième préconisation concerne l’accompagnement du tiers médiateur dans la mise en œuvre de la médiation en santé.

En effet, au regard des défis cités plus haut, il apparaît indispensable d’accompagner les médiateurs en santé dans l’exercice de leur fonction. Pour ce faire, des programmes régionaux de médiation en santé, des pôles ressources régionaux de médiation en santé ou des plateformes d’appui et de ressources régionales et/ou territoriales pour et avec des médiateurs et médiatrices en santé viseraient à proposer, aux médiateurs et médiatrices en santé, une supervision ou des analyses des pratiques, un accompagnement des structures employeuses à leur intégration auprès des équipes pluridisciplinaires, la valorisation de leurs missions et actions auprès du public et des autres professionnels socio-sanitaires du territoire. Ces pôles aideraient à la sécurisation de leur cadre professionnel et contribuerait à leur reconnaissance professionnelle et institutionnelle, au sein des équipes et auprès des autres acteurs du territoire. Ils sont également à penser en lien étroit avec la communauté de pratiques afin de les penser et les faire vivre dans l’articulation avec les autres acteurs, dispositifs, pratiques et actions de réponse aux besoins des populations socialement exclues, et non pas comme un nouvel échelon venant se surajouter à une structuration en silos. La sécurisation du cadre professionnel des médiateurs et médiatrices en santé nécessite également la stabilité de l’emploi de la médiation en santé par des moyens financiers supplémentaires, par un engagement fort et pérenne de l’État.

Pour faciliter la reconnaissance de l'identité sociale de la médiation en santé, il convient de promouvoir et faire connaître auprès des acteurs susceptibles de la mobiliser : ce qu'elle est (et ce qu'elle n'est pas), comment, auprès de qui et dans quelles circonstances elle fonctionne. Ainsi, les pôles ressource en médiation en santé pourraient mener un module d'information-sensibilisation ou de formation sur la médiation en santé intégré aux formations initiales des futurs professionnels des secteurs sanitaire, social, et médico-social, quel que soit leur futur positionnement hiérarchique (cadres, décideurs et acteurs de terrain). Par ailleurs, il convient de poursuivre l'institutionnalisation du métier de médiateur en santé. Il devient urgent de (i) créer un référentiel métier de médiateur, médiatrice en santé, (ii) de mettre en place des formations qualifiantes reconnues par l'État et (iii) formaliser une place opérationnelle définie dans le système de santé : inscription du métier dans le répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME), dans le Code de la Santé Publique, positionnement dans la fonction publique (hospitalière et territoriale) et les principales conventions collectives des secteurs de la santé, du social, et du médico-social .

Toutefois, cette institutionnalisation doit sécuriser sans rigidifier. Pour ce faire elle pourrait se concentrer sur la promotion d'une part, des principes et fonctions de la médiation s'appliquant au champ de la santé, d'autre part des leviers d'interventions auprès des populations éloignées du système de santé. Pour ce faire, la refonte des politiques publiques socio-sanitaires vers un agir sur les causes des causes des défauts de soins et prévention semblent la condition sine qua non à l'efficacité de toute intervention auprès des populations les plus éloignées.

4.5.2 Comment évaluer la médiation en santé ?

Ce cadre d'analyse peut aider aux évaluations futures de la médiation en santé. Il permet de considérer la diversité des pratiques de médiation en santé et des personnes qui la mettent en œuvre. En termes de conception d'évaluation de la médiation en santé, les démarches communautaires en santé, participatives ou collaboratives semblent opportunes. De plus, il est très important de toujours considérer la médiation en santé comme un entre deux à l'interface entre les publics éloignées et les acteurs de terrain. Au regard des influences fortes du contexte sur la médiation en santé, son évaluation doit s'attacher à comprendre comment la médiation en santé produit un effet quel que soit le résultat étudié. L'approche réaliste est alors tout à fait indiquée.

Ce cadre peut servir de base théorique à plusieurs questions de recherche. En effet, nous pourrions nous demander quelle est l'acceptabilité sociale du cadre d'analyse de la médiation en santé (i.e., entendu ici comme une théorie d'intervention) auprès des médiateurs en santé et des partenaires.

Selon Sekhon et al (117), l'acceptabilité d'une intervention peut être étudiée selon sept critères : cohérence de l'intervention, fardeau, attitude affective, efficacité perçue, coûts d'opportunité, auto-efficacité, valeurs. Pour cette question de recherche les méthodes de collecte des données peuvent être qualitative, quantitative ou mixte.

Nous pourrions également étudier la fidélité dans la mise en œuvre de la médiation en santé, identifier les facteurs modérateurs propres à chaque contexte d'intervention et comprendre l'influence de ses facteurs modérateurs sur la mise en œuvre. À l'aide de la taxonomie des activités réalisables par les médiateurs en santé, nous identifierons alors les activités réellement mises en œuvre. Nous les expliciterons en termes de contenu, de couverture, et de temporalité (118). Le contenu fait référence à l'activité précise qui est mise en œuvre. Il peut être analysé sous forme de ses « ingrédients actifs », c'est ce que l'intervention cherche à apporter. La couverture fait référence au public et à la zone touchées par l'activité (par exemple le nombre de personnes atteintes, le nombre de communes couvertes, etc.). La temporalité fait référence au cadre temporel, c'est-à-dire au moment où l'activité est mise en œuvre (soit à un moment t , soit de façon régulière comme les visites des médiateurs en santé). Les méthodes de collecte des données seront l'analyse documentaire et les méthodes qualitatives.

Nous pourrions questionner l'efficacité de la médiation en santé. L'article 4 en est une illustration. Les résultats de la médiation en santé peuvent être diverses. En effet, la médiation en santé peut être efficace à plusieurs niveaux : les collaborations territoriales, l'empowerment individuel des populations éloignées, l'empowerment collectif des personnes accompagnées avec la communauté de pratique, le recours aux services de santé, la qualité de vie des populations éloignées du système de santé ou les dépenses de santé. Toutefois, dans des contextes où les personnes éloignées sont assujetties à des contraintes structurelles dans leur vie au quotidien avec un sentiment d'incapacité de contrôle dessus, il est important d'intégrer dans l'espace d'évaluation, la liberté réelle qu'ils ont d'accomplir ce qu'ils valorisent et de convertir des potentialités comme ici la médiation en santé en réalisations effectives. Par conséquent, il est essentiel de considérer et d'étudier les mécanismes présents dans le cadre d'analyse de la médiation en santé comme les capacités individuelles et collectives pour identifier l'effet réellement possible de la médiation en santé sur le recours aux services de santé et la qualité de vie des personnes éloignées. Pour ce faire, les méthodes qualitative ou mixte sont mobilisables. En effet, les méthodes exclusivement quantitatives avec un schéma d'étude centré sur l'essai contrôlé randomisé, gold standard de l'évaluation d'efficacité des interventions, apparaissent peu adaptées au regard de la forte influence du contexte.

Enfin, ce cadre d'analyse devra donc être mis à l'épreuve « de la réalité » à l'aide d'étude de cas spécifiques : centré sur une population éloignée du système de santé et/ou une modalité de médiation en santé (i.e., pair ou non pair) et/ou un contexte géographique spécifique. Ces études de cas serviront à amender, compléter et faire évoluer le cadre conceptuel et le système interventionnel de la médiation en santé en fonction des spécificités de la médiation en santé étudiée. Par conséquent, elles permettront d'affiner la compréhension du fonctionnement de la médiation en santé dans ces différents contextes.

D'autres questions de recherche comme la pérennité, cout/efficacité ou la mise à l'échelle de la médiation en santé sont possibles et demande des explorations supplémentaires. Le cadre d'analyse doit encore être compléter pour ces questions. Par exemple, l'enrichissement du cadre d'analyse avec les conditions de mise à l'échelle de la médiation en santé pourrait se réaliser durant des activités de transfert de connaissance. Pour ce faire, le guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs structures semble indiqué (119). La cartographie des acteurs concernés par les besoins et problématiques des populations éloignées et ayant un pouvoir de décision doit être formalisé. Des ateliers collaboratifs avec les communautés de pratiques de tous les territoires regroupés par région viseraient 1/ à objectiver l'écart entre les connaissances issues de la recherche et les pratiques, 2/ définir les adaptations de connaissances nécessaire à chaque contexte de mise en œuvre et 3/ déterminer les facteurs d'influence pour l'utilisation des connaissances. Enfin, d'autres ateliers permettraient de discuter de l'ensemble des résultats et en définir une synthèse. Nous serions alors en mesure de proposer un guide de mise à l'échelle de la médiation en santé adapté aux divers contextes de mise en œuvre et ainsi complété le cadre d'analyse.

5 Conclusion

La médiation en santé est une intervention aussi prometteuse que complexe à étudier, appréhender et mettre en œuvre en ce qu'elle associe des pratiques diverses qui nécessitent une adaptation constante à un contexte socialement mouvant. Elle s'inscrit dans un concept écologique qui implique un changement interactif à plusieurs niveaux : l'individu, l'organisation et la communauté. Travailler sur les questions de médiation implique donc de ne pas se contenter d'étudier le changement individuel, mais aussi le changement dans le cadre social lui-même. Le cadre d'analyse nous a permis de comprendre comment cette intervention fonctionne, auprès de qui et dans quelles circonstances en vue de produire un effet.

Cependant, à ce jour, la médiation en santé est une organisation frontière qui doit faire face aux défis de l'incohérence entre son approche et les politiques publiques auprès des populations éloignées du système de santé, la difficile neutralité du médiateur en santé nécessaire au bon fonctionnement de l'interfaçage, le manque de pouvoir décisionnel de ce dernier dans ces actions et une professionnalisation inachevée du métier de médiateur et médiatrice en santé. De plus, elle peut être utilisée pour promouvoir des considérations politiques normatives à l'origine d'inégalités sociales et épistémiques.

Ce cadre d'analyse propose un cadre méthodologique de mise en œuvre et d'évaluation de la médiation en santé afin de mener les actions de promotion et de prévention au plus près des populations éloignées du système de santé selon une démarche de santé communautaire. En effet, les leviers d'interventions auprès des populations éloignées du système de santé sont d'agir sur les déterminants structurels de santé et de pouvoir développer l'empowerment collectif en vue d'agir pour une transformation sociale afin de lutter contre les causes structurelles d'un défaut de prévention. Pour produire un effet, les politiques publiques doivent promouvoir l'utilisation de ces leviers dans les interventions auprès des populations éloignées, dont la médiation en santé.

6 Bibliographie

1. Rouzé V. Médiation/s : un avatar du régime de la communication ? Les Enjeux de l'information et de la communication. 2010;Dossier 2010(2):71–87.
2. Haschar-Noé N. Etude d'opportunité pour la mise en œuvre d'une formation « médiation en santé » dans la région Languedoc- Roussillon / Midi-Pyrénées. IFERISS. 2016;86.
3. Davallon J. La médiation: la communication en procès. Médiation & information (MEI). 2004 Jan 1;19:37–59.
4. Balmer A, Hébert J. Les médiations en question. nps. 2009;21(2):20–30.
5. Guillaume-Hofnung M. La Médiation. Que sais je ? 2020;128.
6. Brévan C, Picard P. Une nouvelle ambition pour les villes : de nouvelles frontières pour les métiers. Formation Emploi. 2001;74(1):78–9.
7. Blanc G, Pelosse L. La médiation santé : Un outil pour l'accès à la santé ? FRAES. 2010;22.
8. Faget J. Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie. ERES. 2015;304.
9. Barthélémy-Stern F. Médiateur social, une profession émergente ? Revue française de sociologie. 2009;50(2):287–314.
10. Klein A. Solidarité, agentivité, autorité. Un siècle de tentatives d'autonomisation des patient.es en France (1918–2009). Dialogue: Canadian Philosophical Review / Revue canadienne de philosophie. 2022 Apr;61(1):5–16.
11. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS. 1978;90.
12. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Community health: where do we stand after forty years? Sante Publique. 2012 Jun 12;24(2):165–78.
13. Fassin D, Carde E, Sandrine M, Ferré N. Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins. 2001. 200 p.
14. Haut conseil de la santé publique. Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. HCSP. 2009 Dec;101.
15. Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health. 2016;26(1):71–6.
16. OMS. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. 2010;79.
17. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. OMS. 2009;260.
18. Gerbier-Aublanc, Marjorie. La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel - L'exemple des immigrant·e·s vivant avec le VIH en France. 2020 Apr 28;15.
19. Fassin D. Faire de la santé publique. Les Presses de l'EHESP. 2008;80.
20. Musso S, Nguyen VK. D'une industrie... l'autre ? Genre, sexualité & société. 2013;(9):3.

21. Lefebvre-Naré F, Rivière D, Fahmy-Vuillaumé S. Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en oeuvre par l'IMEA. Ministère de la santé et des solidarités. 2006;136.
22. Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *Am J Health Promot.* 1992 Jan 1;6(3):197–205.
23. Madelin B. Médiation sociale : l'émergence d'un métier. *Les Cahiers du Développement Social Urbain.* 2017;65(1):14–6.
24. CIV. Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale. *Cahiers pratiques.* 2009;170.
25. De briant V, Palau Y. *La médiation.* 2005;128.
26. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 Mar 4, 2002.
27. Groupe de travail, Interministériel et Interpartenarial, CIV. Médiation sociale: pour la reconnaissance d'un métier. *Les éditions CIV.* 2011;56.
28. Bacque MH. L'intraduisible notion d'empowerment vu au fil des politiques urbaines américaines. *Territoires : le mensuel de la démocratie locale.* 2005 Sep;(N.460):PP.32-35.
29. 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. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2015;71.
30. Corevih Ile de France Est. Place de la médiation : vers une reconnaissance ? CR de la soirée migrants et vih. 2015;26.
31. ASAV. Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. *INPES.* 2014;32.
32. Teoran J, Rustico J. Un programme national de médiation sanitaire. *Etudes Tsiganes.* 2014;n° 52-53(4):181–9.
33. ASAV. Programme National de médiation sanitaire. 2016;109.
34. Collectif national droits de l'Homme Romeurope. Mettre en oeuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France. 2009;93.
35. Roelandt L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, Francois G. Programme médiateurs en santé pairs. *CCOMS.* 2015;60.
36. Chischportich C, Perrin J. Evaluation et accompagnement de la médiation en santé sur Marseille. *Incitta.* 2016;63.
37. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 Jan 26, 2016.
38. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. 2017-816 May 5, 2017.
39. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
40. Haschar-Noé N, Bérault F. La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins. *Sante Publique.* 2019 May 23;Vol. 31(1):31–42.

41. 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 [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42275>
42. Peuples des villes. Suivi et évaluation des projets de médiation en santé. Programme national de médiation en santé. 2018;30.
43. Lacouture A, publique (EHESP) E des hautes études en santé. Etat de l'art des dispositifs mis en oeuvre à l'étranger pour favoriser auprès des décideurs le recours aux données sur des interventions probantes ou prometteuses dans le champ de la prévention ou de la promotion de la santé. EHESP. 2016 Jun;58.
44. Thabane L, Cambon L, Potvin L, Pommier J, Kivits J, Minary L, et al. Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*. 2019 May 30;20:8.
45. OMS. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. [cited 2023 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>
46. Shoveller J, Viehbeck S, Di Ruggiero E, Greyson D, Thomson K, Knight R. A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*. 2016 Oct 19;26(5):487–500.
47. Poland B, Frohlich KL, Cargo M. Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. Potvin L, McQueen DV, Hall M, de Salazar L, Anderson LM, Hartz ZMA, editors. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*. 2009;18.
48. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*. 2013 May 1;50(5):587–92.
49. Clark AM. What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. *Social Science & Medicine*. 2013 Sep 1;93:185–93.
50. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*. 2013 Aug;46(1):81–95.
51. Lacouture A, Breton E, Guichard A, Ridde V. The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implement Sci*. 2015 Oct 30;10:10.
52. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. 2019 Dec;19(1):339.
53. Peton H. Organisation frontière et maintien institutionnel. Le cas du Comité permanent amiante en France. *Revue française de gestion*. 2011 Dec 22;N° 217(8):117–35.
54. Cambon L. Évaluer les interventions en santé des populations : les apports de l'évaluation fondée sur la théorie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2023 Apr 1;71(2):101398.
55. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Belmont, CA: Wadsworth; 2011. 84 p.

56. Tarquinio C, Kivits J, Minary L, Coste J, Alla F. Evaluating complex interventions: perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychol Health*. 2015 Jan;30(1):35–51.
57. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015 Apr 21;10:8.
58. Pawson R. Evidence-based policy: a realist perspective. sage; 2006.
59. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann*. 2010 Aug;33(3):205–14.
60. Blamey A, Mackenzie M. Theories of Change and Realistic Evaluation: Peas in a Pod or Apples and Oranges? *Evaluation*. 2007 Oct 1;13(4):439–55.
61. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. sage; 1997.
62. Stake RE. Qualitative Case Studies. In: *The Sage handbook of qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 443–66.
63. Ridde V, Dagenais C. What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*. 2017 Dec 1;2(4):e000432.
64. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2010 Sep 1;31(3):363–81.
65. Martin-Fernandez J, Aromatario O, Prigent O, Porcherie M, Ridde V, Cambon L. Evaluation of a knowledge translation strategy to improve policymaking and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: TC-REG, a realist study. *BMJ Open*. 2021 Sep 1;11(9):e045936.
66. Cambon L, Alla F. Understanding the complexity of population health interventions: assessing intervention system theory (ISyT). *Health Research Policy and Systems*. 2021 Jun 19;19(1):95.
67. Ridde V, Robert E, Guichard A, Blaise P, Van Olmen J. L'approche Realist à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2012 Jan 1;26:37–59.
68. Lemire N, Souffez K, Laurendeau M. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Institut national du Quebec. 2019;69.
69. Roy M, Guindon J, Fortier L. Transfert de connaissances, revue de littérature et proposition d'un modèle. *Études et recherches*. 1995;67.
70. Larousse É. Définitions : connaissance, connaissances - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2023 Jun 24]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/connaissance/18273>
71. Dallaire C, Jovic L. Distinguer savoir et connaissances. *Recherche en soins infirmiers*. 2021;144(1):7–9.
72. Dagenais C. Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. 2006;39(3):23–35.
73. Fillol A, Kadio K, Gautier L. L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques : d'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*. 2020;(4):103–27.

74. Beresford P. From 'other' to involved: user involvement in research: an emerging paradigm. *Nordic Social Work Research*. 2013 Nov;3(2):139–48.
75. Brett J, Staniszewska S, Mockford C, Herron-Marx S, Hughes J, Tysall C, et al. Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health Expect*. 2014 Oct;17(5):637–50.
76. Chunharas S. An interactive integrative approach to translating knowledge and building a "learning organization" in health services management. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;6.
77. Ridde V, Dagenais C, Boileau-Falardeau M. Une synthèse exploratoire du courtage en connaissance en santé publique. *Santé Publique*. 2013;25(2):137–45.
78. Dagenais C, Ridde V, Laurendeau MC, Souffez K. Knowledge translation research in population health: establishing a collaborative research agenda. *Health Research Policy and Systems*. 2009 Dec 10;7(1):28.
79. Vandentorren S, Shah J, Richard E, Laporte A, Allaire C, Desenclos J, et al. Lutte contre la covid-19 auprès de populations en grande précarité en France : partage des connaissances sur les stratégies de vaccination. *Santé publique France*. 2022;32.
80. Richard E, Brabant G, Autes E, Ramel V, Vandentorren S. Plan de lutte contre la COVID-19 auprès des Gens du voyage en Nouvelle-Aquitaine, 2020. Investigation de clusters complexes par la médiation en santé. *Santé publique France*. 2021;35.
81. Cresswell J. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. *Health Promotion Practice*. 2015 Jul;16(4):473–5.
82. Tétreault S. Observation participante (Participative observation). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. 2014;317–25.
83. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*. 2014;LIII(4):67–82.
84. C. Pichonnaz, Kathleen Grant. Liste d'items TIDieR (Template for Intervention Description and Replication - Modèle pour la description et la réplique des interventions). 2016;2.
85. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 2022 Sep 1;12(9):e062051.
86. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, une pratique émancipatrice ? [Internet]. *La Découverte*; 2015 [cited 2022 Jan 21]. 154 p. Available from: <http://www.cairn.info/l-empowerment-une-pratique-emancipatrice--9782707186348.htm>
87. Fayn MG. L'empowerment des patients : de l'empowerment individuel à l'empowerment collectif. *UNiversité de Tours*. 2019 Nov;175.
88. Ninacs WA. Cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. 2003;28.
89. OMS. Charte d'OTTAWA. 1986;6.
90. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idees économiques et sociales*. 2013 Sep 19;N° 173(3):25–32.

91. Secrétariat Européen des pratiques de santé communautaire. Les repères des démarches communautaires. 2009;3.
92. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers. 2012;N° 110(3):13–20.
93. Godrie B, Boucher M, Bissonnette S, Chaput P, Flores J, Dupéré S, et al. Injustices épistémiques et recherche participative: un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. Gateways: International Journal of Community Research and Engagement. 2020;13(1):20.
94. Fillol A, Fonquerne L, Cambon L, Ridde V. Pour une santé publique en faveur d'une justice épistémique. Glob Health Promot. 2023 Jul 13;4.
95. Ridde V, Ouedraogo S, Yaya S. La santé publique francophone : une aveuglante absence de diversité - AOC media. AOC media - Analyse Opinion Critique. 2021;5.
96. Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y. Decolonising global health: if not now, when? BMJ Global Health. 2020 Aug 1;5(8):e003394.
97. Cabin P. « La Distinction ». Critique sociale du jugement. Pierre Bourdieu. 2008;5.
98. Valérie Desgroseillers, Nicolas Vonarx, Anne Guichard, Bernard Roy, Didier Fassin. La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis. 2007;364.
99. Farnarier C, Fano M, Magnani C, Jaffré Y. Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. Rapport de recherche final. Enquête TREPSAM. ARS-PACA/APHM/UMI 3189. 2015;136.
100. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Global Health. 2018 Jan 1;3(Suppl 1):e000603.
101. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2010 Apr;64(4):284–91.
102. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Mar 19;365(9464):1099–104.
103. Gourgues G, Rui S, Topçu S. Gouvernementalité et participation. Lectures critiques. Participations. 2013;6(2):5–33.
104. Fatoux C, Serrano C, Maginot V, Casano JY. PLANIR, une démarche concrète de l'Assurance Maladie pour favoriser l'accès aux droits et aux soins et mieux accompagner les situations à risques. Regards. 2014;46(2):99–106.
105. Gagnon-Dufresne MC, Gautier L, Beaujoin C, Boivin P, Coulibaly A, Richard Z, et al. Did the design and planning of testing and contact tracing interventions for COVID-19 consider social inequalities in health? A multiple case study from Brazil, Canada, France & Mali. Social Science & Medicine. 2023 Oct 1;335:116230.
106. Teggart K, Neil-Sztramko SE, Nadarajah A, Wang A, Moore C, Carter N, et al. Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. BMC Health Services Research. 2023 May 8;23(1):450.
107. Jorro A, Wittorski R. De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle. 2013;46(4):11–22.
108. Lazzeri C. Identité et appartenance sociale. Tracés Revue de Sciences humaines. 2013 Dec 1;(#13):73–102.

109. Dejours C. Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. La quête de reconnaissance. 2007;12.
110. Tapia C. La médiation : aspects théoriques et foisonnement de pratiques. Connexions. 2010 Jun 1;n° 93(1):11–22.
111. Fletcher A, Jamal F, Moore G, Evans RE, Murphy S, Bonell C. Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. Evaluation. 2016 Jul 1;22(3):286–303.
112. Proctor E, Ramsey AT, Saldana L, Maddox TM, Chambers DA, Brownson RC. FAST: A Framework to Assess Speed of Translation of Health Innovations to Practice and Policy. Glob Implement Res Appl. 2022 Jun 1;2(2):107–19.
113. Lanzarini C, Bruneteaux P. Les entretiens informels. Sociétés contemporaines. 1998;30(2):157–80.
114. Duvoux N. L'injonction biographique dans les politiques sociales. Spécificité et exemplarité de l'insertion. Informations sociales. 2009;156(6):114–22.
115. Astier I. Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. Informations sociales. 2009;152(2):52–8.
116. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. CMAJ. 2016 Dec 6;188(17–18):E474–83.
117. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Serv Res. 2017 26;17(1):88.
118. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Health. 2011 Mar;38(2):65–76.
119. Massuard M, Lane J. Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2023;75.

Annexe 1: Guide d'observation

Checklist Médiation en santé

2. **POURQUOI**
Décrivez tout raisonnement logique, théorie, ou objectif relatifs aux éléments essentiels de l'intervention.
3. **QUOI**
Matériel: Décrivez tout matériel et document d'information utilisé durant l'intervention, en incluant le matériel mis à disposition des patients, ou utilisé dans la réalisation de l'intervention, ou utilisé pour la formation des personnes qui réalisent l'intervention. Présentez où il est possible d'accéder au matériel (p. ex. annexe mise en ligne, lien internet)
4. **PROCÉDURES**: Décrivez chacune des procédures, activités, et/ou procédés utilisés dans l'intervention, y compris toute activité de soutien et d'aide à la réalisation
5. **QUI A RÉALISÉ**
Décrivez le niveau d'expertise, le bagage de formation et toute formation spécifique dispensée pour chaque catégorie de personne qui réalise l'intervention (p. ex. psychologue, infirmière auxiliaire).
6. **COMMENT**
Décrivez les modes de réalisation de l'intervention (p. ex. face-à-face ou d'autre manière, tel que par internet ou par téléphone), ainsi que si elle était réalisée individuellement ou en groupe
7. **OÙ**
Décrivez le(s) type(s) de lieu(x) où l'intervention est réalisée, en mentionnant les infrastructures requises et les caractéristiques pertinentes
8. **QUAND et COMBIEN**
Décrivez le nombre de fois que l'intervention a été réalisée, durant quelle période, en mentionnant le nombre de séances, leur calendrier, ainsi que leur durée, leur intensité et leur dosage
9. **INDIVIDUALISATION**
S'il était planifié que l'intervention soit personnalisée, ajustée, ou adaptée, décrivez en quoi, pourquoi, quand et comment
- 10.* **MODIFICATIONS**
Au cas où l'intervention a été modifiée en cours d'étude, décrivez les changements (quoi, pourquoi, quand et comment).
11. **FIDÉLITÉ A L'INTERVENTION**
Tel que planifié: si l'adhérence ou la fidélité à l'intervention a été évaluée, décrivez comment et par qui, et au cas où des stratégies ont été utilisées pour préserver ou améliorer la fidélité, décrivez-les
- 12.* **FIDÉLITÉ A L'INTERVENTION**
Tel que réalisé: si l'adhérence ou la fidélité à l'intervention a été évaluée décrivez dans quelle mesure l'intervention a été réalisée telle que planifié

Cartographie acteurs

Structure : Nom et lieu

Poste

Ancienneté dans la mise en œuvre de la médiation en santé

Ancienneté sur le travail auprès des populations éloignées du système de santé

Niveau d'influence et pouvoir de décision par rapport à la résolutions des problématiques rencontrées par les personnes

Controverses

Difficultés rencontrées

Leviers d'intervention

Différence entre le prescrit et la réalité ?

Annexe 2 : Note de recherche sur les conditions de faisabilité et de succès de la médiation en santé en santé

Conditions de succès et de faisabilité de la médiation en santé

Richard E et al.

La médiation en santé est une intervention prometteuse pour lutter contre les inégalités de recours aux soins. Une revue exploratoire de la littérature nous permet de dresser un premier cadre conceptuel de la médiation en santé et d'interroger sa cohérence au regard des tensions et des logiques parfois divergentes qui la traversent.

- L'efficacité de la médiation en santé est rarement démontrée
- Nous avons réalisé une revue exploratoire de la littérature pour clarifier les fonctions clés et les caractéristiques de la médiation en santé
- La revue a été conduite en considérant la médiation en santé comme une intervention ou une fonction à travers une position professionnelle
- La revue se concentre sur les principales conditions structurelles de succès et de faisabilité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins et à la prévention des populations éloignées du système de santé

Introduction

Dans un monde traversé, depuis 2 ans, par une crise sanitaire sans précédent, la question de « l'aller vers » devient une question centrale pour mobiliser les populations les plus éloignées du système de santé. Nous nous sommes interrogés sur les conditions dans lesquelles la médiation en santé œuvre auprès des populations éloignées du système de santé. Or, si depuis sa mise en œuvre, elle permet selon les acteurs une amélioration de l'accès aux soins, il y a cependant peu ou pas de littérature disponible sur l'évaluation de son efficacité et des conditions nécessaires à son efficacité.

L'objectif de cette revue était d'identifier les conditions de succès et de faisabilité de la médiation en santé pour favoriser le recours aux soins des populations éloignées du système de santé.

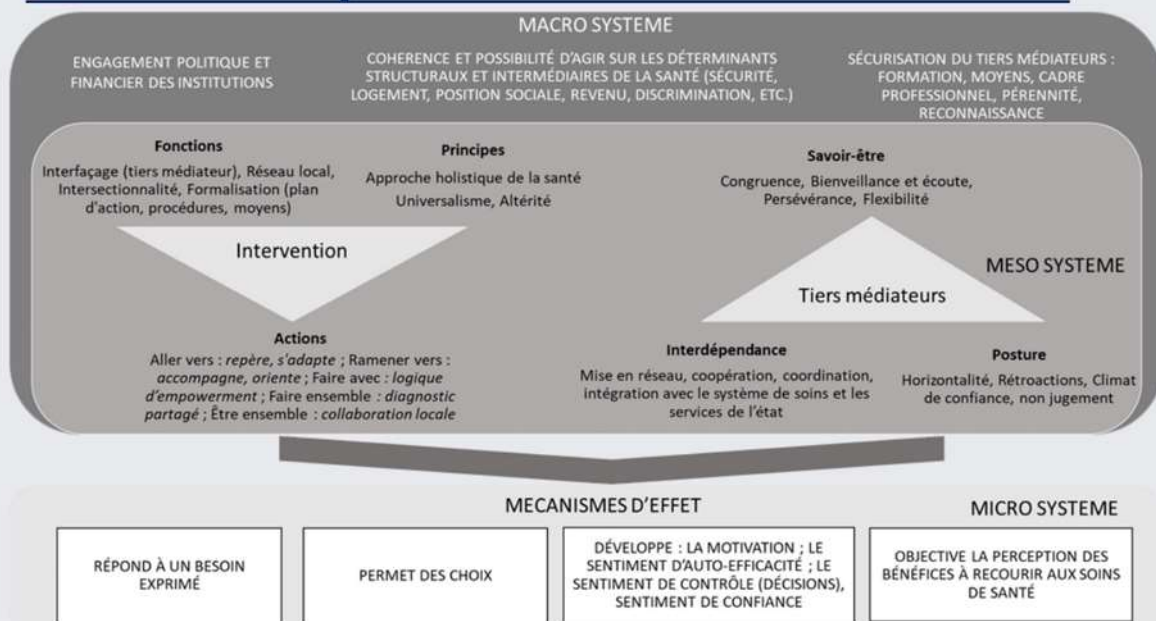
La médiation en santé

- Actions individuelles et/ou collectives d'information, éducation, communication et de navigation dans le système de santé auprès des personnes
Tiers médiation avec des actions de mobilisation, d'engagement et de mise en collaboration des acteurs locaux entre eux et entre les populations et les acteurs locaux
- Les médiateurs.rices en santé peuvent être issu.e.s ou non de la population suivie, formé.e.s ou non, acquièrent leur légitimité auprès d'elle par une excellente connaissance de leur territoire, de la population et des acteurs locaux.
- Ils et elles sont principalement employés par des associations sur fond labiles avec peu de sécurité d'emploi, de perspective d'évolution de carrière et de reconnaissance.

Les difficultés de l'interface

- La position de la médiation en santé est mal définie dans le système de santé
- Difficultés des Tiers médiateurs à être neutres et/ou impartiaux
- L'« Empowerment » se réfère à l'autonomisation des personnes comme une responsabilisation en vue d'adopter des comportements favorables à leur santé dans une logique normative
- La finalité de la médiation en santé interroge la nature même de l'accompagnement vers l'autonomie des personnes pour recourir aux soins ; de quelle autonomie ? au regard de qui ? pour qui ?
- La médiation en santé s'inscrit dans une logique de réduction des coûts et de rattrapage d'un système déficient à réparer la cause originelle des difficultés rencontrées par les populations.

Cadre conceptuel de la médiation en santé



Approche

Suite à une revue exploratoire de la littérature, 21 articles ont été inclus sur 1204 sélectionnés. Nous les avons analysés à travers une dimension descriptive de la médiation en santé et une dimension analytique de ses conditions de succès et de faisabilité.

Conclusion

Comment concilier empowerment et logique de « ramener vers » plus normative ?
 Comment sécuriser les tiers médiateurs pour favoriser pérennité et efficacité de la médiation ?
 Comment résoudre la tension entre un aller vers rendu presque palliatif par l'incapacité des acteurs à modifier « les causes des causes » du défaut de soins ?

Richard E., Vandentorren S - Cambon L, Conditions for the success and feasibility of health mediation on the healthcare use by underserved populations: A scoping review. *BMJ Open*, 2022, 10.

Annexe 3 : Taxonomie des activités réalisables par les médiateurs et médiatrices en santé

Tableau 2 : Taxonomie des activités réalisables par les médiateurs et médiatrices en santé

Dimension	Catégorie d'activités	N°	Activités	Partagées avec coordinateur
1. Structuration territoriale	Fonction de diagnostic territorial en continu	1	Observer les conditions de vie (logement, social, emploi, économique, ..) des personnes accompagnées	
		2	Echanger avec les personnes sur des sujets informels dans des temps et lieux informels	
		3	Identifier les conditions de vie (logement, social, emploi, économique, ..) des personnes accompagnées	
		4	Identifier les besoins et ressources des personnes, sur les lieux possibles (lieu de vie, locaux d'association, locaux de partenaires, espace public, internet, ...) par la réalisation d'entretien(s) (par l'écoute active) d'évaluation de situation (démarches administratives engagées, organisation des démarches à poursuivre ou débiter) et ce quelle que soit la nature de ces besoins.	
		5	Identifier avec vigilance les personnes relais, bénéficiant de la confiance du groupe, susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux besoins/problématiques identifiés	
		6	Repérer les partenaires* potentiels concernés par les problématiques identifiées au sein du territoire	x
		7	Rencontrer les partenaires susceptibles d'être concernés par les problématiques identifiées au sein du territoire	x
		8	Identifier les difficultés des partenaires et les besoins nécessaires pour résoudre les problématiques, par des échanges sur la situation (démarches engagées, organisation des démarches à poursuivre ou débiter)	x
		9	Analyser les conditions de vie, les besoins et les ressources des personnes en vue de formaliser une expertise intégrée au sein du territoire	x
		10	Analyser les difficultés, besoins et ressources des partenaires concernés par les problématiques identifiées au sein du territoire	x
		11	Réaliser une veille régulière et actualisée des dispositifs accessibles sur le territoire	x
		12	Cibler les dispositifs capable d'être sollicité pour résoudre les problématiques des personnes au sein du territoire	x
		13	Faire moduler/adapter les dispositifs existants pour répondre aux problématiques identifiées au sein du territoire	x
		14	Préconiser les adaptations nécessaires pour résoudre les problématiques identifiées au sein du territoire à l'aide du diagnostic territorial	x

Dimension	Catégorie d'activités	N°	Activités	Partagées avec coordinateur
	Fonction alerte	15	Alerter/porter à connaissance les problématiques repérées comme influençant la santé des personnes accompagnées auprès des responsables ou coordo d'équipe	
		16	Alerter/ porter à connaissance les problématiques repérées comme influençant la santé des personnes accompagnées auprès des partenaires	x
		17	Alerter sur/porter à connaissance les problématiques repérées comme influençant la santé des personnes accompagnées auprès des institutions	x
		18	Saisir/faire porter à connaissance les problématiques repérées comme influençant la santé des personnes auprès des personnes ressources susceptibles de les lever/résoudre : défenseur des droits, agence sanitaire, ordre des médecins, IDE en cas de refus de soins, tribunaux pour situation préoccupantes ou signalements, cadres hospitaliers, etc.	x
	Fonction Tiers expert	19	Partager une remontée d'expériences auprès des partenaires par différents moyens (téléphone, réunions, rencontres, notes, ...)	x
		20	Échanger sur les problématiques rencontrées par les personnes accompagnées lors de réunions organisées par les partenaires (sollicité en urgence ou en routine)	x
		21	Participer à des espaces de partage de savoir/échanges de pratiques autour des problématiques, rencontrées par les personnes, entre tous les partenaires concernés au niveau local en vue d'optimiser les interventions - bilan retour d'expériences - établir des bonnes pratiques locales - procédures	x
	Fonction Tiers leader	22	Organiser/animer des réunions sur les problématiques rencontrées par les personnes (en urgence soit en routine) avec les partenaires pour formuler des propositions d'actions	x
		23	Organiser/animer des réunions avec les partenaires en vue de déterminer des objectifs d'action en commun pour résoudre les problématiques (sanitaire ou social) rencontrées par les personnes	x
		24	Organiser/animer des espaces de partage de savoir en routine autour des problématiques rencontrées par les personnes entre tous les partenaires concernés au niveau local en vue d'optimiser les interventions - bilan retour d'expériences - établir des bonnes pratiques locales - procédures	x
	Formalisation	25	Formaliser un engagement réciproque de collaboration et d'échange avec les partenaires (convention partenariat, ..)	x
		26	Organiser et mettre en œuvre le suivi de ces engagements au cours du temps	x

Dimension	Catégorie d'activités	N°	Activités	Partagées avec coordinateur	
2. Coordination et pilotage de la médiation en santé	Coordination des ressources autour des actions de réponses**	27	Organiser/Animer/Participer à la coordination des actions, au sein d'une communauté de pratique, visant à solutionner les problématiques repérées comme influençant la santé : maillage d'acteurs, bilan/suivi, communication, etc.	x	
		28	Veiller/encourager/soutenir l'élaboration et l'adaptation des actions de réponses au regard du diagnostic territorial	x	
	Mise en œuvre des actions de réponses	29	Co-construire et mettre en œuvre les actions répondant aux problématiques identifiées comme influençant la santé avec les partenaires et les personnes au regard du diagnostic territorial	x	
		30	Co-construire/créer/ adapter, avec les partenaires et les personnes, les outils de communication, de sensibilisation et d'orientation, s'il en est besoin et en fonction des ressources locales au regard du diagnostic territorial		
		31	Organiser, dans les locaux des structures associatives ou sur les lieux de vie, des espaces de rencontres et d'échanges entre les personnes et les partenaires	x	
		Suivi/bilan des actions de réponses	32	Remplir les tableaux de suivi (indicateur standardisé) et logiciel suivi patient (DPI : dossier patient informatisé) s'il en est besoin	
			33	Participer ou Écrire les bilans d'activités des actions entreprises	
			34	Faire diffuser ou Diffuser les bilans d'activités aux financeurs et tutelle	x
	3. Navigation dans le système de santé***	Rencontre informelle ou formelle lors d'accompagnement****	35	Apporter un soutien émotionnel ou informationnel aux personnes, dans les locaux de l'établissement ou en allant vers les lieux où ils se trouvent	
			36	Faciliter l'accès/mise à disposition de soutien matériel aux personnes, dans les locaux de l'établissement ou en allant vers les lieux où ils se trouvent (préservatifs, seringues, test de grossesse, masque, nourriture, couverture, ...)	
37			Participer à l'accueil des personnes dans les locaux (café...)		
38			Informers les personnes et les partenaires des droits des personnes au regard des problématiques repérées comme influençant la santé		
39			Informers les personnes et les partenaires des dispositifs mis en place pour solutionner les problématiques repérées comme influençant la santé		
40			Informers les personnes et les partenaires des acteurs disponibles selon les besoins et les problématiques repérées comme influençant la santé		

Dimension	Catégorie d'activités	N°	Activités	Partagées avec coordinateur
		41	Faciliter la compréhension et aider au remplissage des documents nécessaires au solutionnement des problématiques repérées comme influençant la santé en s'appuyant sur les ressources des personnes	
	Orientation	42	Orienter les personnes et les partenaires vers les institutions/organismes/associations/services internes de l'association compétentes selon les besoins exprimés et les problématiques repérées comme influençant la santé	
		43	Transmettre, à l'acteur qui va recevoir la personne orientée, les informations nécessaires au traitement de son problème (par téléphone, courrier ou mail) dans le cadre légal du partage d'information à caractère personnel. cf : n°2016-996 du 20 juillet 2016	
	Activités de soutien	44	Faciliter la prise de rendez-vous avec la personne par téléphone auprès des professionnels de santé, du secteur social ou institutions (préfecture, mairie, ...)	
		45	Faciliter la prise de rendez-vous avec la personne sur les plateformes en ligne (AMELI, CAF, Doctolib, ...)	
		46	Organiser/Faciliter la présence d'un interprète dans les interactions entre la personne et les acteurs ressources	
		47	Expliquer/reformuler/veiller à la bonne compréhension entre les personnes et les acteurs ressources (Professionnel de santé, CAF, CPAM, ...)	
		48	Accompagner physiquement vers les acteurs ressources compétents (Professionnel de santé, CAF, CPAM, ...) pour solutionner les problématiques et répondre aux besoins exprimés	
		49	Créer/Adapter des outils pour favoriser la continuité du parcours de santé (RDV, prise de médicament, liste des professionnels de santé,...)	
		50	Faciliter la coordination des parcours de soins (examens complémentaires, laboratoire, pharmacie) et de soins complexes (hospitalisation, se mettre en lien avec AS de l'hôpital pour demande de LHSS, DSUV..)	
		51	Faciliter le rappel à la personne par des outils les rendez-vous à venir (rdv médical soit social)	
		52	Anticiper et organiser avec les personnes le transport pour le rdv	
	Renforcement des aptitudes	53	Communiquer auprès des personnes accompagnées sur les thèmes de santé (ISS, numérique, cancer, Santé materno-infantile, exposition environnementale, maladie chronique, renforcement des compétences psycho sociales, ...)	
		54	Actions d'éducation de prévention et promotion de la santé avec les partenaires sur les thèmes (numérique, cancer, Santé materno-infantile, exposition environnementale, maladie chronique, renforcement des compétences psycho sociales) à destination des personnes accompagnées	

Dimension	Catégorie d'activités	N°	Activités	Partagées avec coordinateur
		55	Participer à des actions de formation ou sensibilisation, organisées par les partenaires ou en interne à l'association, quant aux obstacles rencontrés par les personnes sur leur accès à la santé	
		56	Animer des actions de sensibilisation en interne à l'association ou auprès des partenaires et des futurs professionnels quant aux obstacles rencontrés par les personnes sur leur accès à la santé	
		57	Accompagner les nouveaux MS par ceux/celles plus expérimenté(e)s	
		58	Partager les situations complexes en équipe formalisée (rapport d'étonnement, bilan de situation)	
		59	Participer à des temps d'échanges professionnels entre MS (autour du métier de MS, par dans le cadre de l'accompagnement des personnes)	

*Ensembles des personnes concernées par les problématiques des personnes accompagnées : Bénévoles, Professionnel socio-sanitaire, préfectures, ...

**Actions/interventions/programme pour répondre aux problématiques rencontrées par les personnes

***En se basant toujours sur les ressources des personnes

****Sur leur lieu de vie (campement, squat, foyer d'hébergement, foyer de travailleurs migrants, voir logement autonome ou prison), dans les locaux de l'asso, dans les locaux d'un partenaire (hôpital ou autre établissement), salons de coiffure, lieux festifs, sur internet

Annexe 4 : Protocole d'étude

Cet article a été soumis le 22 décembre 2023 à BMJ health services research.

Realist evaluation of the impact of health mediation on underserved populations' healthcare utilization and cancer screening uptake: the ECEMSo case study protocol

Elodie Richard^{✦1,2*}, Garance Perret^{✦3,4}, Leila Ramiz^{3,4}, Frédérique Quirino-Chaves², Linda Cambon^{3,4,5}, Stéphanie Vandentorren^{*1,6}, Judith Martin-Fernandez^{*3,4}

✦ These authors contributed equally to this work and share first authorship

* These authors contributed equally to this work and share last authorship

¹ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, PHARES, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France

² Fnasat-GV, F-75019 Paris, France

³ CHU de Bordeaux, Service de prévention, F-33000 Bordeaux, France

⁴ Univ. Bordeaux, INSERM, BPH, U1219, MÉRISP/PHARES, Equipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, CIC 1401, F-33000 Bordeaux, France

⁵ Univ. Bordeaux, ISPED, Chaire Prévention, F-33000 Bordeaux, France

⁶ Santé Publique France, F-94410 Saint Maurice, France

***Correspondence:**

Corresponding Author: Elodie.richard.2@u-bordeaux.fr

Abstract

Introduction. Health mediation may foster underserved populations' healthcare utilization. Lying at the interface between people and the health system, this promising intervention combines diverse practices which constantly adapt to a socially changing context. No study to date has demonstrated its effectiveness in an experimental context. The ECEMSo case study aims to identify the impact of health mediation on fostering healthcare utilization – in particular organized cancer screening uptake – by underserved populations living in informal housing (PLIH) in France. This paper describes the study protocol.

Methods and analysis. Grounded in a theory-based framework, the ECEMSo case study is a longitudinal mixed-method intervention study with a multi-center, multi-case explanatory sequential design. The study population comprises various participant profiles including health mediators, health workers, social workers, PLIH whom these professionals support, and other stakeholders concerned with underserved populations' health issues. Participants will be recruited in several French regions and divided into three mixed participant profile groups. In group 1, health mediation and the ECEMSo intervention will be implemented. This intervention comprises knowledge mobilization to facilitate the structuring of health mediation throughout France, and the development of an action plan to facilitate cancer screening uptake by PLIH. In group 2, only health mediation will be implemented (i.e., no ECEMSo intervention). In group 3, neither health mediation nor the ECEMSo intervention will be implemented, but health and social workers will implement other health system navigation interventions.

Quantitative and qualitative data will be collected by interviewers through face-to-face questionnaires, interviews, observations, focus groups, and tracking tables of health mediation activities over six months. Data collection will be based on the health mediation analysis framework developed by Richard et al. which presents all the elements that need to be taken into account to evaluate the impact of health mediation on the fostering of healthcare utilization. The calculated required number of participants includes 960 health mediation beneficiaries, 54 health mediators, 27 health and social workers, and a number of other stakeholders, identified through snowball sampling. Multilevel mixed logistic regressions will be used for statistical analysis. Finally, a coding grid will be developed to analyze qualitative data.

Ethics and dissemination: The project fully respects the Charter of Fundamental Rights of the EU and the Helsinki Declaration. It received approval from the French data protection authority on 2023. All participants will receive detailed study information prior to participation. The results will be reported in international peer-reviewed journals and presented at scientific and public conferences.

Trial registration numbers. in process

Keywords: Healthcare utilization, cancer screening, health mediation, complex intervention, realist evaluation, study protocol, underserved populations.

Context

The French National Authority for Health (HAS) defines health mediation as a temporary process of ‘going towards’ populations, health workers, social workers and institutions, as well as ‘working with’ people in a logic of empowerment (1). Health mediators’ work involves information-, education-, and communication-based activities (i.e., activities in individual or collective settings with adapted tools), as well as health system navigation activities (e.g., booking appointments, physically accompanying a patient to a health center). It also involves activities to mobilize, engage and bring together professionals and the targeted populations (e.g., co-construction of tools to facilitate stakeholder communication, co-construction of training on underserved populations’ needs, using a participatory approach during research study design, implementation and evaluation), and activities which bring together professionals and other stakeholders (e.g., training for professionals on the specific needs of underserved populations, advocacy with the competent health authorities) (2).

Health mediation is implemented at the individual, organizational and/or community-based level (2). Health mediators have different training backgrounds (e.g., health or social sector training). Some have no qualification in the field but have legitimacy thanks to their extensive personal knowledge of the population they are working with (2). Health mediation is a promising intervention¹⁷ but is also a complex subject to study, as it combines a diverse set of activities that require constant adaptations in a socially changing setting.

¹⁷ A promising intervention is “an intervention whose efficacy has not been evaluated by research, but for which a solid normative evaluation induces a presumption of relevant results” (3).

Health mediation may foster healthcare utilization, in particular by underserved populations, and lead to tailored care strategies (4–6). However, no study has yet demonstrated its effectiveness in an experimental context (2).

Underserved people are socially disadvantaged and comprise many heterogeneous populations. They have higher morbidity and mortality rates than the general population (7,9). They are underserved by the healthcare system because of their social and administrative position, and/or discrimination (7–9). Furthermore, health messages are not adapted to their living conditions. Accordingly, they are less receptive to them (10–13). These various factors combine to negatively impact their healthcare utilization (2).

Studies conducted in the US (14,15) have shown that in addition to barriers to healthcare utilization, and especially to cancer screening uptake, women in precarious situations and homeless women have a higher risk of not receiving follow-up care after an abnormal smear or an abnormal mammogram (16). Another US study showed that 13% of invasive cervical cancers were due to no or poor follow-up after an abnormal Pap smear test result (17). Previous studies conducted in France among underserved women living in precarity, highlighted less frequent cancer screening than among women in the general population (i.e., having better living conditions) (18,19). These results raise questions about the efficacy of current French cancer prevention strategies for the most disadvantaged populations, especially since they are anchored in behavioral- and screening-based interventions (20).

Some authors in the field of interventional health research working on the complexity of interventions, highlighted the need for a solid conceptual framework - upstream of any evaluation - that takes into account all the specificities of both the intervention and the context (21). As mentioned above, health mediation practices are multiform – as they constantly adapt to the context – and multilevel (2). They constitute an interventional system, that is to say “a set of interrelated human and non-human contextual agents within spatial and temporal boundaries generating mechanistic configurations – mechanisms – which are prerequisites for change in health” (22). Using the realist approach (21), we previously proposed mapping a solid analysis framework for the theoretical conditions needed to influence both health mediation (in terms of feasibility and success) and its effect on healthcare utilization, by identifying the context-mechanism-outcome configurations (CMOs) of health mediation¹⁸ (2). The ECEMSo-case study is based on this framework.

The ECEMSo-case study aims to identify the impact of health mediation on healthcare utilization, in particular organized cancer screening uptake among underserved populations living in informal housing (PLIH) in France. Each of the study’s three objectives answers a specific research question, as presented in Table 1.

Table 1. ECEMSo objectives and related research questions. ECEMSo-case study, France, 2023.

¹⁸ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2024, 14. (Under review)
Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization?: a Realist Qualitative Study. *BMC public health*, 2024, 20. (Under review)

	Research question	Description of objective
Study objective 1	What is the difference between health mediation (group 2*) and other health-system navigation interventions (group 3**) in terms of the impact on healthcare utilization among PLIH in France?	Identify the impact of health mediation on healthcare utilization in PLIH in France
Study objective 2	What is the difference between health mediation with the ECEMSo intervention (group 1***) and without it (group 2*) in terms of the impact on on PLIH uptake of organized cancer screening?	Identify the impact of the ECEMSo intervention**** on PLIH uptake of organized cancer screening (breast cancer, colorectal cancer, cervical cancer)
Study objective 3	What is the difference between health mediation with the ECEMSo intervention (group 1***) and other health-system navigation interventions (group 3**) in terms of the impact on PLIH uptake of organized cancer screening?	Identify health mediation conditions required to foster utilization of healthcare services – specifically cancer screening uptake – among PLIH in France

*group 2 : routine health mediation implemented by health mediators but no ECEMSo intervention

**group 3 : other (i.e., different from ECEMSo intervention) health system navigation interventions implemented by social workers and health workers

***group 1 : routine health mediation implemented by health mediators and ECEMSo intervention implemented

**** the ECEMSo intervention is a knowledge mobilization plan to facilitate i) the structuring of health mediation throughout French territory, and ii) the development of an effective action plan to facilitate cancer screening uptake by PLIH

PLIH: people living in informal housing

Methods and analysis

Realist approach

Realist evaluations are theory-based (23). They seek to understand the interactions between the external context components in which an intervention is implemented (i.e., the components that influence both intervention activities and mechanisms), the intervention components (i.e., activities), and the mechanisms (i.e., agent reaction that produces a change) (24). More specifically, they aim to understand what components are necessary to create a beneficial effect of an intervention, as well as this effect's transferability to other contexts. In Pawson and Tilley's realist approach to evaluating an intervention (25), the effectiveness of an intervention depends on the underlying mechanisms at play within a given context. Accordingly, this evaluation involves identifying CMOs (26) with the aim of evaluating how and under what circumstances an intervention can function effectively. The realist approach is linked to the black box paradigm (27) and differs from the experimental paradigm, which evaluates an intervention's effectiveness without investigating the mechanisms at work or the influence of the context (28). Realist evaluations use the notion of generative causality, and are based on three assumptions (25): i) an intervention does not work in itself and is not what produces an effect, ii) every intervention triggers a mechanism or a set of mechanisms that enables a reaction to be produced, and iii) every intervention is situated in a specific context. The question is not "Does this intervention work?" but "How, for whom, and in what circumstances does this intervention work?" (24).

Applying the realist approach to our study

The description of the realist approach above highlights why it is a suitable choice for the ECEMSo-case study. More specifically, we will use a realist evaluation to assess not only the effectiveness of the ECEMSo intervention and health mediation, but also the interactions between health mediation and its contexts.

The ECEMSo study will validate CMOs previously identified in our analysis framework of health mediation (see above). In other words, we created hypotheses for how this intervention (i.e., health mediation) can function effectively.

We will use a case study methodological approach (29), whereby each health mediator employed by a care structure participating in the study will constitute a case, as each mediator will have his/her own work context. Health mediation will be studied to identify the mechanisms at play in the given context (i.e., for each structure/case) along with differences in outcomes (i.e., healthcare utilization) depending on the care elements provided (i.e., health mediation with ECEMSo intervention, only health mediation, only other health system navigation interventions (see groups above)). CMOs will be validated through analysis of each case. A cross-case analysis will highlight recurrent CMOs, thereby identifying key features for possible replication of health mediation in another context.

Study population

Participant profiles

Participants will be recruited in various structures in several French regions to create three different participant profiles as follows: *i)* people living in informal housing; *ii)* professionals facilitating underserved populations' healthcare utilization and cancer screening uptake; *i)* other stakeholders.

i) People living in informal housing

For this study, we chose to select PLIH. Informal housing is defined as housing that “deviates, often temporarily, from a set of land, architectural, urban planning, landscape and social standards. Most of the time, it is spontaneous, which does not mean that there is no organization” (30). In the present study, informal housing corresponds to living on the streets, in a shanty house, a squat or caravan.

We chose this subset of underserved populations because we hypothesize that they face greater structural barriers (e.g., material, socioeconomic, administrative, geographic, and social capital-based) to their use of healthcare, and greater difficulties overcoming these barriers because of social exclusion.

ii) Professionals facilitating underserved populations' healthcare utilization and cancer screening uptake

The second participant profile comprises workers facilitating underserved populations' healthcare utilization, and specifically cancer screening uptake. These workers include health mediators, health workers (e.g., nurses, general practitioners) and social workers (e.g., social assistants, specialist educators, economic and family counsellors). During the study, health mediators will implement health mediation in Groups 1 and 2 (see Study Design section below) as part of 'routine care' for PLIH (i.e., assisting in access to rights, healthcare, prevention interventions, and in health promotion) in collaboration with other stakeholders (see participant profile *iii* below). Health workers and social workers will continue to provide routine help to PLIH to navigate to healthcare system in group 3.

iii) Other involved stakeholders

The third participant profile comprises stakeholders at the territorial (i.e., town, metropolis, or county) level. These include all workers, front-line local actors and decision makers involved in the issues and needs of underserved populations, some of whom having decision-making power, and with whom the professionals in profile *ii* collaborate. They include, among others, civil servants working in decentralized services, health insurance agents, and health professional unions.

Participant inclusion and exclusion criteria

The study inclusion criteria for PLIH (i.e., profile *i*) are: (a) living on the streets, in a shanty house, squat, or caravan, (b) living in an area covered by one of care structures participating in the ECEMSo-case study, (c) over 18 years old, (d) able to understand the detailed information provided about the ECEMSo case study. With respect to profile *ii*, the inclusion criteria are (a) must be a health mediator, a health worker or a social worker belonging to one of the study's participating care structures, and (b) must provide support to PLIH. Finally, the only inclusion criterion for the other stakeholder group (i.e., profile *iii*) is being an actor concerned or involved with the issues and needs of PLIH.

Exclusion criteria for profile *i* are: (a) suffering from cognitive and/or psychiatric disorders, and (b) being under guardianship or curatorship. There is no exclusion criterion for professionals in profiles *ii* or *iii*.

Participating structures and participant recruitment

The recruitment of participating structures employing health mediators, social workers and health workers started in February 2023, and is still ongoing. Structures from a total of six different regions throughout France will be involved: Normandy and Pays de la Loire (northwest), Ile-de-France and Centre-Val de Loire (central), Nouvelle-Aquitaine (southwest), and Auvergne-Rhône-Alpes (southeast). The study regions were selected in such a way as to ensure a diverse mix in terms of geographical locations (i.e., rural, urban, and semi-urban area), health mediator experience (i.e., novice or expert), initial training (i.e., training in the fields of health or social care, or training in another field but were biological or ethnic peers of the persons supported), the type of structure (i.e., providing either social or healthcare services or both), and the relevant regional health agency's level of political commitment to integrate health mediation into the region's care offer at the territorial level. For the latter, we created three classifications of commitment as follows: *acquired* (i.e., health mediation politically and financially supported since the start of the French Program for Access to Prevention and Care for the most Disadvantaged Populations (PRAPS) in 2018); *incipient* (i.e., health mediation politically and financially supported during PRAPS but not since the beginning of the program); *complicated* (i.e., health mediation politically and financially supported but its implementation remains sub-optimal (e.g., competition between structures, health mediation issues, and ethics not respected)).

All the professionals in the solicited structures who meet profile *ii* inclusion criteria and who agree to participate will be recruited. Once included, during a visit prior to study initiation, we will ask them to introduce the ECEMSo project team to the PLIH whom they provide support to, in order to facilitate participant recruitment.

All persons from the three profiles who meet the eligibility criteria and who agree to participate will be included for quantitative data collection. For qualitative data collection for profile *i* only, three PLIH

receiving support from each mediator and/or health worker and/or social worker will be selected randomly among those who provide quantitative data. Financial compensation (approximately 14 euros) will be offered to each participating PLIH. Other stakeholders (i.e., profile *iii* above) will be identified using snowball sampling through the help of participating health mediators, health workers and social workers.

Study design

ECEMSo is a French, six-month, longitudinal, multi-center (i.e., multi-care structure), multi-case (i.e., health mediators), mixed-method study using an explanatory sequential design. The study sample will be divided into three mixed participant profile groups.

Group 1 will comprise health mediators, the PLIH they support, and other involved stakeholders. As well as health mediation, the ECEMSo intervention will be implemented in this group. This will be organized and supported by the ECEMSo research team. The intervention is described in detail in section 3.1.

Group 2 will comprise health mediators and other involved stakeholders. In this group, health mediation will be organized for the PLIH who the mediators support. The ECEMSo intervention will not be implemented.

Group 3 will comprise health workers, social workers and other involved stakeholders. Neither health mediation nor the ECEMSo intervention will be implemented. Instead, other healthcare navigation interventions will be implemented by participating health workers and social workers and by the other involved stakeholders.

ECEMSo intervention

In the analysis framework of health mediation which we previously designed (see above), one of the CMO needed to foster healthcare utilization was collective self-efficacy¹⁹ within a community of practice²⁰. Through this collective self-efficacy, professionals within the community of practice can overcome obstacles which hamper them from adapting their work system and the support activities which they implement for underserved people. Consequently, this facilitates the latter's utilization of healthcare. This collective self-efficacy is generated by the territorial structuring of health mediation, which in turn is the result of integrated collaboration between all the stakeholders involved (i.e., health mediators, health workers, social workers, and other stakeholders) to respond to the needs and problems of underserved populations. Integrated collaboration aims to co-construct new, more systemic interventions (e.g., multisector government policies). It requires the integration of objectives, processes, resources, and activities, as well as a high degree of collaboration and interdependence between stakeholders (31).

¹⁹ Collective self-efficacy is understood here as the perception of the collective ability to overcome obstacles in order to adapt the system to welcome and support underserved populations.

²⁰ Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization?: a Realist Qualitative Study. BMC public health, 2024, 20. (Under review)

The ECEMSo intervention involves knowledge mobilization to facilitate the structuring of health mediation throughout French territory, and the development of a co-designed effective action plan to facilitate cancer screening uptake by PLIH. A range of persons will be invited to participate as follows: (i) all the health mediators taking part in the ECEMSo case study and the coordinators in the structures where they work, (ii) cancer screening and vulnerability task managers at the regional health agency and the health promotion task manager at the county-level for the relevant regional health agency, (iii) the contact person for organized cancer screening, the vulnerability task manager, and the partnership task manager working for the French social security system at the regional level, (iv) the specialist doctor at the relevant regional cancer screening center, and finally, (v) representatives of health professionals and local healthcare associations likely to perform CANCER screening (e.g., *Médecins du Monde, la Croix-Rouge, Les Restos du Coeur*). The action plan will, consider territorial specificities at the regional level. In other words, six specific action plans will be drawn up, one for each participating region. At least one health mediation structure per region will participate.

In terms of the territorial structuring element of the intervention, the ECEMSo project team will organize a seminar and three workshops, two in the first study trimester and one in the second trimester. This intervention, together with health mediation, will be implemented in Group 1 (Figure 2). The aim of the seminar and workshops is to mobilize knowledge to facilitate i) the structuring of health mediation in the six regions, and ii) the development of an action plan with health mediators and other stakeholders to foster organized cancer screenings uptake by underserved people. This action plan must match with the needs of PLIH, and must be coordinated, suitable and feasible to implement, in terms of knowledge about PLIH specificities and specific local collaborations.

The operational objectives of the seminar and workshops are presented in Table 2.

Seminar	To present the health mediation analysis framework previously developed by our team*. To identify each participant’s role, goals, and abilities in terms of PLIH needs and problems
Workshop 1	To develop a shared understanding of the problems and needs PLIH face in terms of organized cancer screening uptake. To identify common objectives to respond to these problems and needs within the scope of each professional’s abilities (i.e., to define a sufficient area of convergence).
Workshop 2	To design an action plan to foster organized cancer screening uptake by PLIH which is coordinated and co-constructed by all the stakeholders involved in the needs and problems of PLIH at the territorial level.
Workshop 3	To monitor the implementation of the action plan, and make necessary modifications and adjustments to it.

* Ref 2

Table 2. Objectives of the knowledge mobilization seminar and workshops, ECEMSo case study, France, 2023.

Outcomes

Table 3 presents the study outcomes.

Table 3. Outcomes according to each of ECEMSo’s three study objectives, ECEMSo case study, France, 2023.

	Research question	Objective	Outcome
Study Objective 1	What is the difference between health mediation (group 2*) and other health-system navigation interventions (group 3**) in terms of the impact on healthcare utilization among PLIH in France?	Identify the impact of health mediation on healthcare utilization in PLIH in France	Difference in healthcare utilization by PLIH between groups 2 and group 3, at six months follow-up
Study Objective 2	What is the difference between health mediation with the ECEMSo intervention (group 1***) and without it (group 2*) in terms of the impact on PLIH uptake of organized cancer screening?	Identify the impact of the ECEMSo intervention**** on PLIH uptake of organized cancer screening (breast cancer, colorectal cancer, cervical cancer)	Difference in organized cancer screening uptake (breast cancer, colorectal cancer, cervical cancer) between PLIH in group 1 and PLIH in group 2, at six months of follow-up
Study Objective 3	What is the difference between health mediation with the ECEMSo intervention (group 1***) and other health-system navigation interventions (group 3**) in terms of the impact on PLIH uptake of organized cancer screening?	Identify health mediation conditions required to foster utilization of healthcare services – specifically cancer screening uptake – among PLIH in France	Difference in organized cancer screening uptake (at 2 years since diagnosis for breast cancer and colorectal cancer, at 3 years since diagnosis for cervical cancer) between PLIH in group 1 and PLIH in group 3, at six months of follow-up

*group 2 : routine health mediation implemented by health mediators but no ECEMSo intervention

**group 3 : other (i.e., different from ECEMSo intervention) health system navigation interventions implemented by social workers and health workers

***group 1 : routine health mediation implemented by health mediators and ECEMSo intervention implemented

**** the ECEMSo intervention is a knowledge mobilization plan to facilitate i) the structuring of health mediation throughout French territory, and ii) the development of an effective action plan to facilitate cancer screening uptake by PLIH

PLIH: people living in informal housing

Data collection and tools

Quantitative data tools (e.g., questionnaires, etc.) will first be used to identify CMOs (see above). Complementing these data, qualitative tools (i.e., focus groups, etc.) will collect data to identify more precisely the interactions between the context and the mechanisms that foster healthcare utilization (specifically cancer screening uptake) by the participating PLIH, and to better understand the context in which health mediators and the other stakeholders involved operate. Where possible, for the study questionnaires, we will choose the most comprehensible (i.e., for underserved populations)

standardized scales possible, with as small a number of items as possible. The data to be collected are described in Supplementary Material 1 (ici, annexe 5).

Data collection (general)

Participant inclusion and data collection will be conducted by trained interviewers previously recruited within the ECEMSo project team. The interviewers, with the help of health mediators, health workers and social workers in the participating care structures, will first carry out a visit prior to the inclusion period, in order to introduce the study and its organization to PLIH (i.e., potential participants) receiving health mediation support. A second similar visit will take place for other stakeholders who the mediators, health workers and social workers work with. Quantitative and qualitative data will be collected on a declarative basis. During baseline inclusion and follow-up, participants will be interviewed using several data collection tools: questionnaires, interviews, observations, focus groups and tracking tables of professionals' work activities. The choice of the data collection tools was based on the CMOs that emerged in our health mediation analysis framework²¹ (see above) (2). The tools have already been designed and pre-tested among their respective profile participants (see profiles *i*, *ii*, and *iii* above). Figure 1 explains the organization of data collection for the ECEMSo case study.

Quantitative data collection tools

A quantitative questionnaire will be administered by the interviewers to participating PLIH face to face at baseline (or T0) in October 2023. A description of how this questionnaire was developed can be found in section 3.4. A simplified version of the questionnaire will then be administered by telephone every two months until six months of follow-up (i.e., T1, T2, T3) (Figure 1).

The interviewers will also administer a quantitative questionnaire to participating health mediators, health workers, and social workers face to face at baseline (T0). Furthermore, they will track these professionals' activities in a tracking table over the follow-up. For the other stakeholders, quantitative data will be collected using a face-to-face questionnaire administered by the interviewers, both at baseline (T0) and the end of the follow-up (T3).

Qualitative data collection tools

The trained interviewers will conduct face-to-face semi-structured interviews with participating PLIH at the end of the follow-up (T3) using an interview guide.

Focus groups combining health mediators, health workers, social workers, and the other participating stakeholders will be organized at the end of the study (T3).

Observations of health mediators', health workers' and social workers' activities in the participating care structures will take place at baseline (T0) and between T2 and T3.

²¹ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2024, 14. (Under review)
Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization?: a Realist Qualitative Study. *BMC public health*, 2024, 20. (Under review)

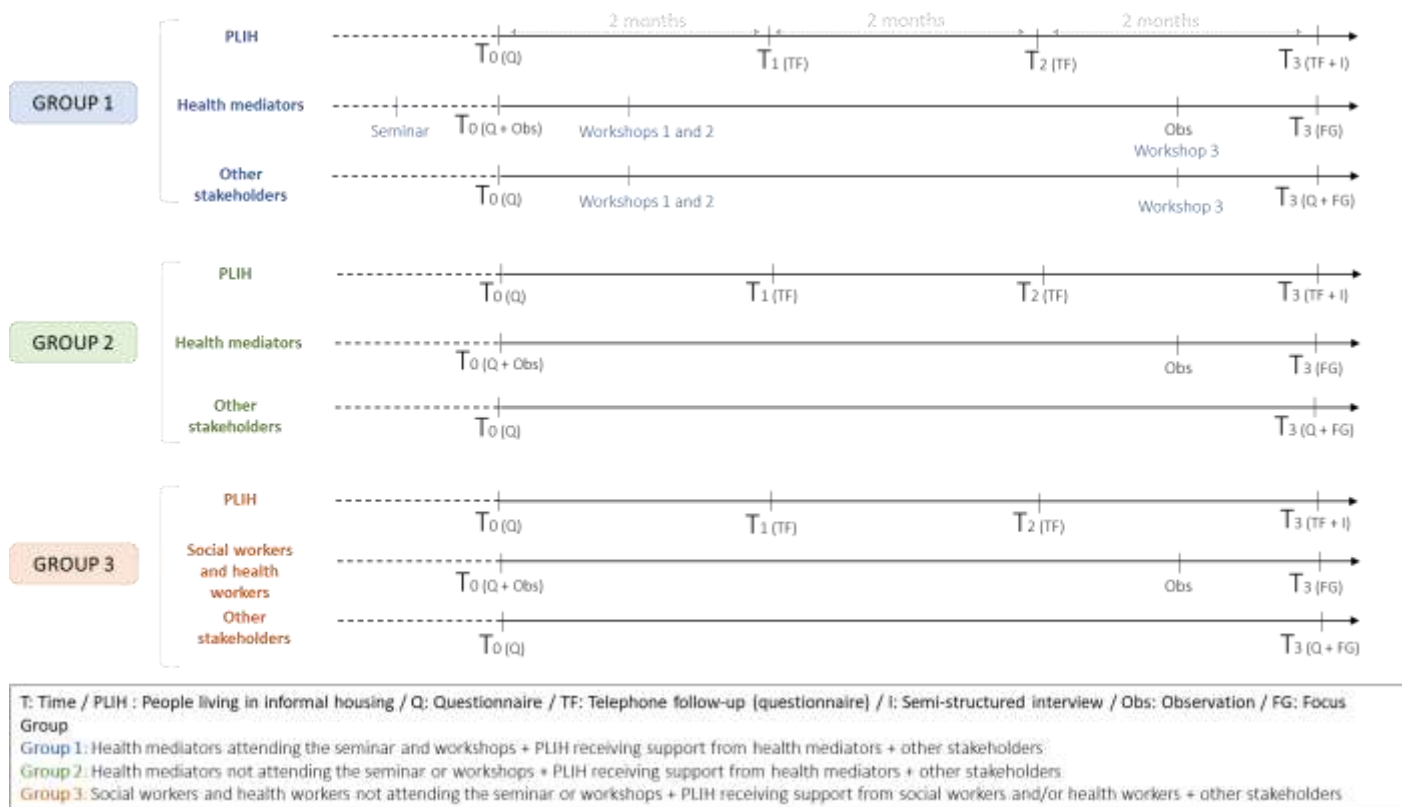


Figure 1. Data collection organization of the ECEMSo case study, with study populations. ECEMSo-case study, France, 2023.

Health mediation stakeholder involvement in developing the data collection tools

As mentioned above, the recruitment of participating structures is still ongoing. Between February 2023 and August 2023, health mediators working in structures already recruited came together in meetings to share their opinions about questionnaires that could be used for the participating PLIH and for ‘other stakeholder’ participants (i.e., profiles *i* and *iii*). Specifically, they were asked – based on their experience – to validate, modify, or reject questions included in the draft questionnaires that had been created by the project team.

In another set of meetings, directors of the recruited care structures, health mediators, health workers and social workers *not* included in the study were asked to do the same for the health mediator-specific questionnaire.

Thanks to these meetings, modifications were made to the questionnaires to take into account PLIH specificities in terms of their mobility and their accessibility to the healthcare system.

Sample size calculation

We hypothesize that healthcare utilization (specifically, organized cancer screening uptake) will be 10% higher in group 2 compared to group 3. We based the sample size calculation using a superiority test, with the hypothesis that receiving support from a health mediator would increase healthcare utilization. We expect the prevalence of healthcare utilization in group 3 to be 80%, and 90% in group 2. Accordingly, for 80% power, and an alpha risk of 5%, the required number of PLIH for the study is

834 (32–34). Applying an inflation factor (35) of 1.77 to take into account clusters, and assuming that 15% of people may be lost to follow-up, the final minimum number of PLIH who must be recruited is 960 (i.e., 320 persons in group 1, group 2, and group 3). Moreover, approximately 80 professionals (i.e., 54 health mediators and 27 health workers/social workers) must also be included in each group. We made no required sample size calculation for other stakeholders, as snowball sampling will be performed for them.

Data analysis

This mixed-methods study involves an explanatory sequential design (36). The first phase consists in collecting and analyzing quantitative data (see above), followed by the collection and the analysis of qualitative data (see above). This second step will help to explain, confirm, and complement the quantitative results (Figure 2).

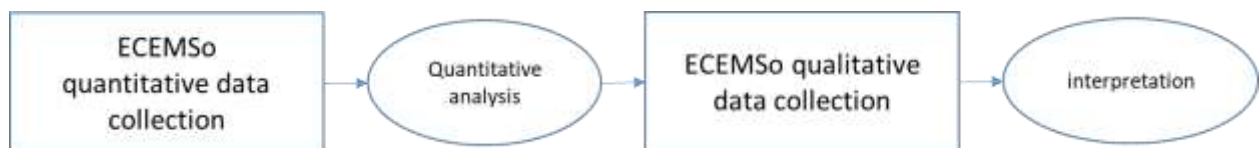


Figure 2: ECEMSo mixed-methods study using an explanatory sequential design. ECEMSo-case study, France, 2023.

Data analysis will include an analysis of each case (i.e., each participating care structure), an analysis of each group (i.e., group 1, group 2, group 3) and a cross-case/group analysis, which will allow us to compare and observe potential effects in specific contexts. By validating initial middle-range theories²² (i.e., CMOs, see above), the data analysis will help us to answer the question: “In what contextual conditions and through which mechanisms does health mediation produce outcomes?”. This validation will combine data from quantitative and qualitative analyses to provide new insights into the effect of health mediation on fostering healthcare utilization, especially cancer screening uptake. The quantitative analysis will be performed using R and SAS software, while the qualitative analysis will be conducted using NVivo software.

We shall perform a descriptive analysis. Specifically, participants’ characteristics will be described in means and standard deviation, or in counts and proportions, depending on the type of variable. Results will be weighted taking into account the probability of inclusion in the study.

In terms of the ECEMSo case study’s three primary objectives (see above), the following analyses will be conducted:

Objective 1 analysis: We will perform Chi2 tests to compare healthcare utilization in PLIH in group 2 with PLIH in group 3, at six months follow-up.

Objective 2 analysis: Based on a theory-driven approach, we will perform a multilevel mixed logistic regression stratified by group (i.e., groups 2 and 3). Two levels will be considered. The first will combine

²² Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization?: a Realist Qualitative Study. BMC public health, 2024, 20. (Under review)

all variables related to health mediators, while they will combine all variables related to PLIH. The dependent variable is cancer screening uptake by PLIH (O). The independent variables will be all the context elements (C) and mechanisms (M), which could foster healthcare utilization by PLIH.

All the qualitative data (i.e., data collected from the face-to-face semi-structured interviews, the observations and the focus groups) will be analyzed using content analysis, which involves “a set of techniques for systematically and objectively analyzing and describing the content of communication. The aim [of content analysis] is to obtain indicators allowing inferences to be made about the messages and how they are produced and received (inferred variables)” (37). Content analysis encodes, classifies, and ranks communications to examine patterns, trends, and distinguishing features; in our case, this translates as the presence and the potential recurrence of CMOs within each case and across all cases. A coding grid, based on the final version of our analysis framework of health mediation (2)²³, will help us to analyze data from i) the semi-structured interviews conducted among participating PLIH, ii) our observations of health mediators, health workers and social workers, as well as iii) the focus groups with health mediators and other stakeholders.

The data from each quantitative and qualitative tool will be presented in a table summarizing the data obtained, in order to identify the recurrence of CMOs in each case (i.e., each health mediator).

Objective 3 analysis: We will perform trend tests to identify the effect of the ECEMSo intervention on cancer screening uptake by comparing PLIH in groups 1 and 2, at six months follow-up.

Ethics and dissemination

Ethical approval and consent to participate

The study protocol was approved by the French data protection authority on 2023. All participants who meet the eligibility criteria will be invited to participate. Prior to the beginning of the study, all eligible persons will receive an information letter about the ECEMSo case study describing its aims, detailing how data will be collected, and indicating participating PLIHs’ rights interms of data access, opposition and rectification. For participants who do not understand French or who have reading difficulties in French, the information letter will be translated by interviewers who speak the participants’ spoken language.

Results dissemination

The results will be disseminated through various academic and non-academic platforms. Specifically, they will be disseminated in international peer-reviewed journals and presented at international and national conferences. A public report will describe all the steps of the study, the results and recommendations. A possible presentation of the final study results to all the participants and funders is also envisaged.

²³ Richard E., Ramiz L., Martin Fernandez J., Cambon L-Vandentorren S, Health mediation mechanisms influencing healthcare utilization by underserved populations: a theory-driven qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2024, 14. (Under review)
Richard E., Ramiz L., Oltean M., Troussier V., Ulracher C., Speed O., Conort M., Coutant C., Quirino Chaves F., Martin Fernandez J., Vandentorren S-Cambon L, How health mediation can function effectively on the fostering of healthcare utilization?: a Realist Qualitative Study. *BMC public health*, 2024, 20. (Under review)

Conclusion

The ECEMSo case study aims to provide a better understanding of the causes of underutilization of healthcare - and specifically of organized cancer screening - by PLIH, and more generally underserved populations. It also aims to measure the impact of health mediation on healthcare utilization for these populations in France.

In terms of evidence-based intervention research, this study will provide a comprehensive picture of the conditions under which health mediation has a positive effect on underserved populations' healthcare utilization. Highlighting the effect of mediation and studying the conditions needed for this effect in different contexts will lead us to develop recommendations for the structuring of health mediation at a national level in France. We shall compile these recommendations in a guide. The latter could be used to support the transferability and future scaling-up of health mediation in other contexts. Moreover, in terms of care pathways, this guide could be used to foster primary and secondary healthcare and organized cancer screening uptake. Health mediation may strengthen relationships between health mediators, health workers, social workers and other stakeholders at the territorial level. It may also help to create a support network focusing on the needs and problems of underserved people. In other words, health mediation could develop the inter-sectoral and territorial anchoring necessary for promoting healthcare in these populations inside a community of practice.

Declaration

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Funding

This work was supported by the French National Cancer Institute (INCA) (Grant: 2021/008), the National Federation of Associations in Solidarity with Gypsies and Travellers (Fnasat-GV) and the Santé publique France Institute.

Authors' contributions

SV, LC, ER conceived the first version of the ECEMSo study. JMF conceived the design of the finalized study. ER developed the health mediation analysis framework under supervision by SV and LC. ER, GP, JMF and SV created the data collection tools. ER and GP developed the data analysis framework. ER and GP drafted the first version of the manuscript. GP and LR calculated the required sample size and the ethics protocol. JMF and SV supervised the development of the study protocol. All authors reviewed the manuscript and approved the final version for publication.

Acknowledgements

The authors would like to thank Lucie de Lubersac, Murièle Conort, Mélina Calla, Florence, Frédérique Quirino Chaves, Romain Lafilé, Emmanuel Marie, Sébastien Boivin, Claudia Marchetti and Cécile Coutant, Margot Oberlis, and the health mediators working with Croix-Rouge Guyane for co-designing the ECEMSo case study. Our thanks also to Jude Sweeney (Milan, Italy) for the English editing and revision of the manuscript.

References

1. HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017;70.
2. Richard E, Vandentorren S, Cambon L. Conditions for the success and the feasibility of health mediation for healthcare use by underserved populations: a scoping review. *BMJ Open*. 1 sept 2022;12(9):e062051.
3. Lacouture A, publique (EHESP) E des hautes études en santé. Etat de l'art des dispositifs mis en oeuvre à l'étranger pour favoriser auprès des décideurs le recours aux données sur des interventions probantes ou prometteuses dans le champ de la prévention ou de la promotion de la santé. *EHESP*. juin 2016;58.
4. Blanc G, Pelosse L. La médiation santé : Un outil pour l'accès à la santé ? *FRAES*. 2010;22.
5. Haut conseil de la santé publique. Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. *HCSP*. déc 2009;101.
6. Guillaume-Hofnung M. La Médiation. *Que sais je ?* 2020;128.
7. Bounaud V, Texier N. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. *ORS*. 2017;37.
8. Legros M. Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. Conférence Natl Contre Pauv Pour L'inclusion Soc. 2012;54.
9. Rockliffe L, Chorley AJ, Marlow LAV, Forster AS. It's hard to reach the "hard-to-reach": the challenges of recruiting people who do not access preventative healthcare services into interview studies. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2018;13(1):8.
10. Vandentorren S, Vuillermoz C. Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France. *PloS One*. 2017;8.
11. de Vries SG, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Bèlard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*. mai 2017;17(5):e128-43.
12. Heuvelings CC, Greve PF, de Vries SG, Visser B, Bèlard S, Janssen S, et al. Effectiveness of service models and organisational structures supporting tuberculosis identification and management in hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review. *BMJ Open*. 8 sept 2018;8(9):e019642.
13. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*. 2000;34(6):1273-302.
14. Sweet S. Barriers and Facilitators to Adherence to Follow-up for Abnormal Cervical Cytology: A Review of the Evidence with Implications for Clinical Practice. juin 2012 [cité 9 sept 2020]; Disponible sur: <https://kb.osu.edu/handle/1811/51950>
15. Engelstad LP, Stewart S, Otero-Sabogal R, Leung MS, Davis PI, Pasick RJ. The effectiveness of a community outreach intervention to improve follow-up among underserved women at highest risk for cervical cancer. *Prev Med*. 1 sept 2005;41(3):741-8.
16. Quinlivan JA, Petersen RW, Davy M, Evans SF. Abnormal pap smears in teenage mothers and the association with domestic violence, homelessness, and Chlamydia. *J Low Genit Tract Dis*. avr 2004;8(2):112-7.
17. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical Cancer in Women With Comprehensive Health Care Access: Attributable Factors in the Screening Process. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 4 mai 2005;97(9):675-83.

18. Rousseau A, Bohet P, Merlière J, Treppoz H, Heules-Bernin B, Ancelle-Park R. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. :4.
19. Dalmon C, Guillot E, Rodrigues A, Alves K, Madelenat P, Mahieu-Caputo D, et al. Cancer du col et précarité, accès aux soins diagnostic et traitement. *Bull Cancer (Paris)*. 1 oct 2009;96(10):961-9.
20. De Jesus M, Rodrigue-Moulinié CM, Rahmani S, Balamou C. Addressing Cancer Screening Inequities by Promoting Cancer Prevention Knowledge, Awareness, Self-Efficacy, and Screening Uptake Among Low-Income and Illiterate Immigrant Women in France. *Int J Public Health*. 2021;66:1604055.
21. Thabane L, Cambon L, Potvin L, Pommier J, Kivits J, Minary L, et al. Population health intervention research: what is the place for pilot studies? *Trials*. 30 mai 2019;20:8.
22. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health*. déc 2019;19(1):339.
23. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud*. 1 mai 2013;50(5):587-92.
24. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. sage; 1997.
25. Pawson R. *Evidence-based policy: a realist perspective*. sage; 2006.
26. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. juill 2005;10 Suppl 1:21-34.
27. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: Mechanisms and Theory Building in Evaluation. *Am J Eval*. 1 sept 2010;31(3):363-81.
28. Campbell DT, Stanley JC. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Belmont, CA: Wadsworth; 2011. 84 p.
29. Yin RK. *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publ. 1994;200.
30. Imbert C, Chapon J, Mialocq M. L'habitat informel dans l'ouest de l'Ariège : marginalité ou alternative à la norme ? — *Géoconfluences* [Internet]. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/france-espaces-ruraux-periurbains/articles-scientifiques/habitat-informel-ariège-marge-innovante>
31. Bilodeau A, Parent A, Potvin L. Les collaborations intersectorielles et l'action en partenariat, comment ça marche? *Chaire Rech Can Approch Communaut Inégalités Santé*. 2019;43.
32. PREVAC : étude de couverture vaccinale et accès à la vaccination contre la COVID-19 des populations précaires [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/prevac-etude-de-couverture-vaccinale-et-acces-a-la-vaccination-contre-la-covid-19-des-populations-precaires>
33. Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les gens du voyage (FNASAT). *La santé des Gens du voyage*. 2019.
34. DRESS. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. *Etudes Résultats*. 2015;(933):6.
35. Giraudeau B. L'essai clinique randomisé par grappes. *MS Médecine Sci*. 2004;20(3):363-6.
36. Cresswell J, Plano C, Vicki L. *Designing and Conducting Mixed Methods Research (3rd ed.)*. Sage Publ. 2017;300.
37. Bardin L. *L'analyse de contenu*. 2nd edition. Paris: PUF; 2013. [Internet]. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/L_analyse_de_contenu

Annexe 5 : Outils de collecte des données

Les outils de collecte de données servent à évaluer l'efficacité de la médiation en santé sur le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées. Le tableau 3 ci-joint décrit les différents outils de collecte de données.

Tableau 3 : Outils de collecte de données pour évaluer l'effet de la médiation en santé pour favoriser le recours aux services de santé des populations qui en sont éloignées

Outils de collecte	Type de données	Origine des questions
Questionnaire Personnes en habitat informel <i>En face à face</i>	Etat de santé générale	Health Perceptions Questionnaire (120)
	Recours aux services de santé (médecin généraliste, dentiste, spécialiste, service d'urgence, ...)	
	Recours au dépistage organisé du cancer du sein, col de l'utérus et colorectale	Gypsies and travelers questionnaire (121)
	Indicateurs démographiques : Genre ; Âge ; Langue maternelle	NA
	Indicateurs socio-démographiques et socio-économiques : Ressources financières, composition du ménage, niveau d'éducation, emploi, condition de logement, parcours migratoire, sécurité alimentaire	Household Food Security Survey (HFSSM) (122)
	Antécédents de discrimination et de refus de soins	TEO questionnaire(123)
	Soutien et réseau social	Perceived Social Support Scale which combines the Perceived Social Support Questionnaire (QSSP) (124) and the Social Support Questionnaire (SSQ) (125).
	Accessibilité aux services de santé (droits, géographique, interprétariat, organisationnelle, financière et numérique)	Levesque et al. questionnaire on determinant to healthcare access (126)
	Littératie en santé : relation, navigation dans le système de santé, repérage et évaluation de l'information et littératie fonctionnelle	Health Literacy Questionnaire (HLQ) (127,128)
	Mécanisme d'effet de la médiation en santé : auto-efficacité collective, confiance envers une personne ressource, perception des obstacles pour utiliser les services de santé, perception des besoins en santé, capacités individuelles et collectives	Sen et al. Framework (129)
Guide d'entretien Personnes en habitat informel <i>En face à face</i>	Mêmes données que le questionnaire Personnes en habitat informel	
Questionnaire Médiateurs en santé <i>En face à face</i>	Indicateurs démographiques	Cadre conceptuel de la médiation en santé
	Indicateurs socio-économiques	
	Sécurisation du métier	
	Engagement financier	
	Possibilité d'agir sur les déterminants de la santé	
	Fonction de la médiation en santé	
	Attitude de la communauté de pratique	
	Posture du tiers-médiateur	
	Principes de la médiation en santé	
	Catégories d'activités	
	Connaissance de la communauté de pratique	
	Tiers médiation	
Mécanismes : Auto-efficacité collective ; Actions sur les déterminants de la santé ; adaptation au système		
Tableau de suivi Médiateurs en santé	Activités de médiation en santé (structuration territoriale, coordination et pilotage des actions et navigation dans le système de santé) auprès	Tableau des activités conçu par le programme national de médiation en

<i>En continu et avec reporting réguliers</i>	des personnes accompagnées et des acteurs locaux	santé
	Réseau collaboratif	
Observation Médiateurs en santé <i>Sur place</i>	Posture en médiation en santé	Cadre conceptuel de la médiation en santé
	Cadre professionnel	
	Savoir être en médiation en santé	Cadre conceptuel de la médiation en santé
Questionnaire Acteurs locaux <i>En face à face</i>	Indicateurs démographiques	Cadre conceptuel de la médiation en santé
	Indicateurs socio-économiques	
	Connaissance de la communauté de pratique	
	Attitude de la communauté de pratique	
	Sécurisation du métier	
	Principes de la médiation en santé	
	Fonctions de la médiation en santé	
	Tiers-médiation	
	Pratiques	
Mécanismes : Auto-efficacité collective, action sur les déterminants de la santé, adaptation au système		
Focus group Médiateurs en santé ; travailleurs sociaux ; acteurs locaux <i>En visio ou face à face</i>	Mêmes données que les questionnaires Médiateurs et Acteurs locaux/travailleurs sociaux	

1. McDowell I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press; 2006. 765 p.
2. Vandentorren S. La santé des Gens du voyage : étude en Nouvelle-Aquitaine, 2019-2020 [Internet]. [cited 2022 Sep 23]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/la-sante-des-gens-du-voyage-etude-en-nouvelle-aquitaine-2019-2020>
3. Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutr. 2002;5(6A):859–64.
4. Ined. Enquête sur la diversité de la population en France : Teo2 questionnaire. 2021;172.
5. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Les processus transactionnels : stress, contrôle, soutien social, et coping. In: Psychologie de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cited 2023 May 15]. p. 433–523. (Psycho Sup). Available from: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103-p-433.htm>
6. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire.
7. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque’s conceptual framework– a scoping review. International Journal for Equity in Health. 2021 May 7;20(1):116.
8. Buchbinder R, Batterham R, Elsworth G, Dionne CE, Irvin E, Osborne RH. A validity-driven approach to the understanding of the personal and societal burden of low back pain: development of a conceptual and measurement model. Arthritis Res Ther. 2011;13(5):R152.
9. Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. SAGE Open Med. 2018;6:2050312118801250.
10. Keyworth C, Epton T, Goldthorpe J, Calam R, Armitage CJ. Acceptability, reliability, and validity of a brief measure of capabilities, opportunities, and motivations (‘COM-B’). Br J Health Psychol. 2020 Sep;25(3):474–501.