

Stratégie Régionale de la Médiation en Santé

Table des matières

PARTIE I : CADRE DE LA STRATÉGIE	7
I. INTRODUCTION	7
1. <i>Conceptualisation des médiations et définition la médiation en santé.....</i>	7
a. Histoire des médiations en France	7
b. Les médiations : définitions	8
c. La médiation en santé	10
2. <i>La médiation en santé dans le référentiel Haute Autorité de Santé.....</i>	10
II. OPPORTUNITÉ D'UNE STRATÉGIE RÉGIONALE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ EN GUYANE.....	15
1. <i>L'opportunité de l'élaboration d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane</i>	15
a. Historique et actualité de la médiation en santé en Guyane.....	15
b. Objectifs de la stratégie	18
c. Publics ciblés.....	18
d. Territoires	18
2. <i>Une stratégie qui s'inscrit dans un contexte national porteur</i>	19
3. <i>La situation géographique de la Guyane, une source d'inspiration</i>	22
PARTIE II : MÉTHODOLOGIE	24
I. MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE.....	24
1. <i>Démarche qualitative</i>	24
a. Entretiens bilatéraux	24
b. Limites	24
2. <i>Démarche quantitative</i>	25
a. Questionnaire	25
Des premiers éléments chiffrés à une échelle régionale avaient été recueillis dans le cadre de la préfiguration du projet du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral puis repris pour la rédaction d'un pré-diagnostic dans le cadre de la feuille de route de la stratégie.....	25
b. Limites	26
II. MÉTHODOLOGIE DU PLAN D'ACTION	27
1. <i>Groupes de travail réalisés avec les médiateurs en santé</i>	27
2. <i>Groupes de travail avec les professionnels aux postes de directions/coordinations des structures déployant de la médiation en santé sur le territoire</i>	27
3. <i>Entretiens</i>	28
4. <i>Temps de restitution en plénière</i>	28
5. <i>Restitution aux médiateurs</i>	28
6. <i>Expertise externe sur les modèles juridiques de la structuration régionale</i>	29
7. <i>Méthodologie des missions l'approfondissement</i>	30
PARTIE III : DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE.....	32
I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE EN GUYANE	32
II. ÉTAT DES LIEUX DE LA MÉDIATION EN SANTÉ SUR LE TERRITOIRE	34
1. <i>Recensement des médiateurs en santé et des structures employant des médiateurs en santé sur le territoire</i>	34
a. Recensement et localisation des médiateurs en santé sur le territoire guyanais	34
b. Recensement et localisation des structures employant des médiateurs en santé sur le territoire	35
2. <i>Dispositifs d'accompagnement existants</i>	40
a. Le DU Médiation en Santé	40
b. Le Plan d'Accompagnement des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur	41
c. Le Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral.....	42

d. Autres initiatives temporaires	42
III. REGARDS DES ACTEURS DE LA MÉDIATION EN SANTÉ EN GUYANE SUR LES GRANDS ENJEUX DE LA MÉDIATION EN SANTÉ	43
1. <i>La reconnaissance du métier de médiateur en santé</i>	43
a. Intitulés de poste	44
b. Missions des médiateurs en santé.....	46
c. Situation professionnelle et financière des médiateurs en santé (type de contrat, grille salariale, salaire médian, convention collective)	47
2. <i>La formation des médiateurs en santé</i>	49
3. <i>L'accompagnement professionnel et soutien des médiateurs en santé</i>	50
4. <i>La pérennisation des postes</i>	53
a. Financement des postes de médiateurs en santé	53
b. Modèle économique des structures déployant la médiation en santé sur le territoire	55
c. Budgets annuels des structures déployant la médiation en santé sur le territoire	56
5. <i>Le besoin supplémentaire de médiateurs en santé</i>	57
PARTIE IV : ORGANISATION DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE LA MÉDIATION EN SANTÉ	60
I. STRUCTURATION DE LA STRATÉGIE.....	60
1. <i>L'accompagnement par le cabinet</i>	60
2. <i>Les propositions</i>	61
3. <i>Le choix d'un consortium structuré</i>	63
a. Schéma de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé en Guyane.....	63
b. Le modèle de gouvernance et son fonctionnement	65
c. Le modèle économique	68
II. OPÉRATIONNALISATION DE LA STRATÉGIE	69
1. <i>Programme d'actions</i>	69
a. Le déploiement de la SRMS	69
b. Formation, qualification et sensibilisation.....	70
c. Accompagnement des structures et des médiateurs en santé.....	71
d. Mission Etudes/Observation	72
2. <i>Programmation et approfondissement de certains axes</i>	73
a. L'harmonisation des réseaux des médiateurs en santé.....	73
b. La formation à la prise de poste du médiateur en santé	76
III. CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE	80
IV. CONCLUSION.....	81
V. BIBLIOGRAPHIE	82
VI. ANNEXES :	1
1. <i>Liste des acteurs rencontrés dans le cadre de la préfiguration de la stratégie</i>	2
2. <i>Participants aux groupes de travail</i>	4
3. <i>Recensement des médiateurs en santé sur le territoire guyanais</i>	8
4. <i>Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) Andrée Rosemon</i>	9
5. <i>Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyane (CHOG) Franck Joly</i>	10
6. <i>Liste des structures et antennes qui portent des médiateurs en santé en Guyane, territoires d'intervention et contacts (données mise à jour début 2024) :</i>	11
7. <i>Synthèse des groupes de travail</i>	13
8. <i>Questionnaire en ligne à destination des structures et résultats</i>	28
9. <i>Analyse des réponses au questionnaire</i>	44
10. <i>Fiches « missions » et fiches projets</i>	63

Paragraphe introductif général

La stratégie régionale de la médiation en santé s'inscrit en cohérence avec les ambitions de l'Agence Régionale de Santé de Guyane ainsi que les dynamiques nationales.

En effet, en 2010, la mise en place de l'ARS en Guyane ainsi que les travaux participatifs menés afin d'élaborer le futur Projet Régional de Santé (PRS) 2011-15 ont constitué une opportunité sans précédent pour souligner l'importance de la médiation en santé. Opportunité renouvelée dans le cadre de l'élaboration des nouveaux PRAPS 2018-2028¹.

En parallèle, la même année, la mission France Guyane de Médecins du Monde, et Guyane Promo Santé, ont animé des groupes de travail sur la médiation en santé visant la réalisation d'un diagnostic partagé sur la médiation en santé, la clarification, le rôle et l'utilité de la médiation en santé et la dynamisation d'un réseau de médiateurs en santé².

À partir du mois de janvier 2023, le consortium composé des associations ADER Guyane, Guyane Promo Santé et du Centre de Ressources Politique de la ville de Guyane, a accompagné l'Agence Régionale de Santé de Guyane, à sa demande, sur la préfiguration d'une Stratégie Régionale de la Médiation en Santé en Guyane.

L'impulsion d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane rejoint une dynamique plus large et nationale. En effet, l'actualité nationale relative à la médiation en santé nous amène à porter une attention particulière aux différentes évolutions afin de s'assurer de la cohérence entre le travail de préfiguration et les avancées, réflexions au niveau national.

Ainsi le consortium a pu rejoindre le Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé (CPMS) afin de participer aux différents temps d'échanges et groupes de travail mis en place ainsi qu'au COPIL. Les axes de travail du collectif sont notamment, l'identité professionnelle du métier (référentiel métier), la formation, le soutien et l'accompagnement ainsi que le financement. Le consortium a également participé au COPIL mis en place dans le cadre de l'étude menée sur le cadre professionnel des personnes en médiation en santé, au nom du Collectif, par la Fédération Nationale des Associations Solidaires d'Action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gv) et Sidaction.

Afin de poursuivre les efforts pour une reconnaissance et institutionnalisation effective de la médiation en santé, le CPMS a mis en place de nouveaux groupes de travail pour l'année 2024 concernant :

¹ Agence Régionale de Santé de Guyane. « Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2023-2028 ».

² Guyane Promo Santé, Mission France Guyane de Médecins du Monde, et avec le concours des médiateurs. « ACTES. Médiateur: un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane », 2010. <https://gps.gf/wp-content/uploads/2023/10/1698346953/import-base-doc/DOCS/DOC00208.pdf>.

- La rédaction d'un projet de loi concernant la médiation en santé (à l'instar du projet de loi sur la médiation sociale) et l'identification de députés à même de le porter ;
- La création d'une fiche ROME (Répertoire opérationnel des métiers et des emplois) à proposer au ministère de la Santé ;
- La stabilisation d'un référentiel de formation qui pourrait être adoptée à l'échelle nationale fixant les objectifs pédagogiques visant à l'acquisition des compétences exigées par le référentiel métier ;
- L'organisation d'assises de la médiation en santé, si possible en lien avec le ministère de la Santé.

De plus, le CPMS a également été auditionné dans le cadre de la mission interministérielle diligentée par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités dans le cadre du Conseil National pour la Refondation Santé et du Pacte des Solidarités, concernant les démarches d'aller vers, en particulier en lien avec la médiation en santé. La mission interministérielle a rendu le 17 juillet 2023 son rapport à Messieurs les Ministres des Solidarités et de la Santé ainsi que des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Un total de 10 recommandations a été formulé, ces recommandations se concentrent notamment sur les thématiques de la formation, professionnalisation et reconnaissance des métiers de la médiation en santé, l'accompagnement des médiateurs et des équipes dans lesquelles ils évoluent, la rationalisation et la pérennisation du financement de la médiation en santé ainsi que sur un diagnostic des besoins en médiation en santé.

Sur le territoire guyanais, les premières pratiques de médiation en santé ont émergé dès les années 1980 et le sujet a fait l'objet de multiples réflexions et actions depuis une vingtaine d'années. L'ambition de la stratégie régionale de la médiation en santé vise à proposer un ensemble renforcé, structuré et lisible par tous les acteurs concernés. Ainsi, la préfiguration de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé émane d'une volonté forte de l'Agence Régionale de Santé et partagée par les acteurs du secteur sur le territoire.

PARTIE I : CADRE DE LA STRATÉGIE

Cette première partie vise tout d'abord à retracer et expliquer le mouvement dans lequel s'inscrit la médiation en santé et à appréhender plus précisément ce qu'elle recouvre aujourd'hui. Ensuite, nous démontrerons l'opportunité d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane au regard des multiples enjeux qui accompagnent la reconnaissance du métier.

I. Introduction

La médiation en santé est un métier, exercé à ce titre, récent qui trouve sa place dans un ensemble plus large de développement des métiers de la médiation dans divers domaines. La plus-value, remontée par les professionnels de terrain, de la présence de médiateurs en santé a favorisé la réflexion autour d'un référentiel servant de socle commun aux professionnels qui la déploient et qui y font appeler.

1. Conceptualisation des médiations et définition la médiation en santé

a. Histoire des médiations en France

De tout temps les pratiques de médiation ont existé sous des formes et des intitulés différents. Dans les années 1970, les politiques de développement de la médiation institutionnelle permettent notamment la création du médiateur de la République puis plus tard du médiateur de l'éducation nationale visant notamment à résoudre des litiges entre des administrés et une institution. Dans les années 1980, une nouvelle dimension de la médiation apparaît visant à la création et à la réparation du lien social. De cette vision de la médiation va naître la médiation sociale, culturelle et en santé. Enfin, dans les années 1990, la médiation va trouver sa place dans le milieu judiciaire, et ce notamment au travers de la réflexion sur les modes alternatifs de règlements des conflits³.

S'il apparaît intéressant de brosser brièvement un tableau très simplifié des médiations afin de placer la médiation en santé dans un ensemble toujours en cours de construction, nous nous concentrerons dans la suite de nos développements sur la médiation en santé et les liens intrinsèques existants avec les médiations portant cette dimension de création et de réparation du lien social.

Ainsi, la médiation en santé émerge dès la fin des années 1980 en lien avec l'épidémie du VIH/sida, en venant pallier à l'impuissance du monde médical et en réponse aux inégalités sociales caractéristiques de l'épidémiologie du VIH. En effet, l'accompagnement par les pairs devient alors l'orientation principale des réponses sociales à l'épidémie⁴.

³ Faget, Jacques. *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie*. Trajets. Toulouse: Érès, 2010.

⁴ 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*. Avril 2020.

Par ailleurs, c'est en particulier dans les années 1980 au travers des expériences d'abord spontanées associatives des « femmes-relais » dont l'objectif est de favoriser l'insertion sociale des femmes en particulier et d'améliorer les connaissances réciproques des femmes et des institutions, qu'est initiée la médiation sociale et culturelle dans les banlieues populaires⁵. Les activités des femmes-relais prennent des formes diverses et leurs missions sont d'accueillir, d'accompagner et d'organiser des actions locales et collectives⁶. Elles ont dans leurs interventions une place de médiatrice, c'est-à-dire de tiers neutre et impartial ainsi que la fonction d'interprétation des langues comme des usages et des mentalités françaises et étrangères⁷. Les femme-relais ont d'abord exercé bénévolement puis dans le cadre des contrats-aidés à partir de 1993. Elles interviennent alors sur un large éventail de thématiques, notamment celle de la santé en particulier durant l'épidémie de VIH/sida.

Par la suite, c'est avec la création du dispositif « adultes-relais » en 1999, fortement inspiré par les « Femmes Relais », dans les quartiers concentrant des populations issues de l'immigration dans le cadre de la « politique de la ville » que continue d'émerger la thématique. En effet, l'un des objectifs de la mise en place des « adultes-relais » dans ces quartiers était d'informer et d'accompagner les habitants dans leurs démarches et de faciliter le dialogue entre usagers et services publics⁸.

Ainsi la médiation en santé est un outil qui a été historiquement porté par la société civile, avec une origine bénévole et militante, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. Cependant, contrairement à la médiation sociale qui a pu rapidement se construire une légitimité et une reconnaissance au début des années 2000, et qui poursuit aujourd'hui son processus d'institutionnalisation, la médiation en santé a eu plus de mal à s'imposer dans le cadre du système de santé français possédant un idéal universaliste et dans lequel l'approche biomédicale (*cure*) a pris le dessus face au *care*⁹.

Malgré son rôle primordial notamment dans le champ du VIH/sida dès les années 1980 et la multiplication des initiatives et expérimentations liées à la médiation en santé dans les années 2000, c'est bien plus tard que la médiation en santé se voit reconnaître officiellement.

b. Les médiations : définitions

Le terme de médiation venant du latin « *mediatio* » qui signifie « médiation, entremise » est défini comme « le fait de servir d'intermédiaire, de médiateur, de s'entremettre entre deux personnes,

⁵ RIST, Barbara, et Elisabeth DUGUE. « Des femmes relais aux médiatrices socioculturelles : des compétences reconnues, un métier en débat. » *Recherche sociale*, n°163, 2002, 1 janvier 2002.

⁶ Barthélémy-Stern, Fabienne. « Médiateurs sociaux, femmes-relais : de nouveaux agents de la relation d'aide. Entre distance et proximité ». *Informations sociales* 139, n° 3 (2007): 106-15. <https://doi.org/10.3917/ins.139.0106>.

⁷ Madelin, Bénédicte. « Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue ». *Informations sociales* 141, n° 5 (2007): 120-27.

⁸ Circulaire DIV/DPT-IEDE n° 2000-231 du 26 avril 2000 relative à la mise en œuvre du dispositif des adultes-relais dans le cadre de la politique de la ville.

⁹ Gerbier-Aublanc M., « La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant·e·s vivant avec le VIH en France », Working Paper du Ceped, n°45, Ceped (UMR 196 Université de Paris IRD, ERL 1244 Inserm), Paris, Mai 2020. Available at <https://www.ceped.org/wp>. DOI: 10.5281/zenodo.3773295

deux parties, pour les mettre d'accord »¹⁰. Cette position d'intermédiaire, de tiers est au cœur de la définition de la médiation.

C'est ainsi qu'en 2000 la médiation et plus particulièrement la médiation sociale, que M. Guillaume-Hofnung préfère qualifier de « médiation de cohésion sociale »¹¹, a été définie à l'occasion du Séminaire de Créteil sur la Médiation Sociale comme « 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. »

La médiation renvoie donc à deux fonctions complémentaires, une première visant à prévenir ou traiter des conflits, qui selon Balmer et Hébert¹² constitue la première raison de la mobilisation de la médiation, mais ne suffit pas à justifier son large recours dans nos sociétés, ainsi qu'une vision qui envisage la médiation comme génératrice ou réparatrice de lien social. C'est ce que M. Guillaume-Hofnung qualifie de « médiation des différends » versus la « médiation des différences ». Reprenant les définitions de J.-F. Six¹³, M. Guillaume-Hofnung inclut dans le premier type de médiation la « médiation préventive » permettant d'éviter l'éclatement d'un conflit ainsi que la « médiation curative » qui intervient afin d'aider les parties en conflit à en trouver la solution. Par ailleurs, elle décline la « médiation des différences » avec d'un côté « la médiation créatrice » qui a pour objectif de créer entre des personnes ou des groupes des liens nouveaux, et de l'autre, la « médiation rénovatrice » qui a pour but de réparer des liens brisés ou abimés.

De plus, la médiation renvoie à un processus non-décisionnel dans le sens où la médiation et par extension le médiateur n'a pas de pouvoir de décision, mais a vocation à aider les parties à aboutir à leurs propres décisions. Selon J. Faget¹⁴, c'est ce caractère non-décisionnel qui différencie la médiation de la négociation ou encore du jugement ou de l'arbitrage.

La médiation, se décline ainsi sous plusieurs formes et intervient dans différents champs tels que la sphère de la cohésion sociale, le domaine de la culture ou encore de la santé. Les formes de médiation qui interviennent dans ces domaines variés demeurent aujourd'hui à des stades d'institutionnalisation différenciés.

¹⁰ Dictionnaire de l'Académie française <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1506#:~:text=Emprunt%C3%A920du%20latin%20mediatio%2C%20%C2%AB%20m%C3%A9diation,n'est%20servi%20de%20sa%20m%C3%A9diation>.

¹¹ Guillaume-Hofnung, Michèle. *La médiation*. 8e éd. mise à jour. Que sais-je ?, n° 2930. Paris: Que sais-je ?, 2020.

¹² Balmer, Alexandre, et Jacques Hébert. « Les médiations en question ». *Nouvelles pratiques sociales* 21, n° 2 (2009): 20. <https://doi.org/10.7202/038959ar>.

¹³ Six, Jean François, *Le Temps Des Médiateurs* (Paris: Seuil, 1990)

¹⁴ Faget, Jacques. *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie*. Trajets. Toulouse: Érès, 2010.

c. La médiation en santé

Deux visions de la médiation en santé coexistent encore aujourd’hui. La première de ces visions considère la médiation en santé comme l’une des émanations ou thématiques de la médiation sociale et la dénomme ainsi « médiation sociale en santé ». L’autre considère la médiation en santé comme une forme de médiation à part entière qui a des points communs avec la médiation sociale et prend en compte les aspects sociaux et culturels de la santé. En effet, selon cette vision de la médiation en santé, la santé est comprise au sens de santé globale telle que définie dans la charte d’Ottawa pour la promotion de la santé. La santé y est ainsi définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité »¹⁵.

Les points communs admis entre la médiation sociale et la médiation en santé résident notamment dans le cadre déontologique et certains modes d’intervention, ceux de la médiation en santé se rapportant en partie à la charte de référence de la médiation sociale¹⁶.

Cependant, si des similitudes existent, il reste important de distinguer les deux métiers qui n’interviennent pas dans les mêmes domaines ni contextes et qui n’ont pas les mêmes objectifs. L’un des points de divergence clef souvent mis en avant est que la médiation en santé n’a pas pour objet la résolution de conflit, or, la définition de la médiation sociale la place comme point central. Par ailleurs, l’un des objectifs centraux de la médiation en santé est la réduction des inégalités sociales de santé.

En effet, la définition de la médiation en santé globalement admise dans la littérature a été énoncée en 2010 par la FRAES et le CRIPS à l’occasion d’un document relatif au sujet :

La médiation en santé est « 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 en santé crée du lien entre l’offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. »¹⁷

2. La médiation en santé dans le référentiel Haute Autorité de Santé

En 2017, la loi de modernisation de notre système de santé a missionné la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l’élaboration d’un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la médiation en santé¹⁸. Ce référentiel a pour objectif central de fixer de manière plus précise le cadre

¹⁵ Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986. Organisation Mondiale de la Santé.

¹⁶ La charte de référence de la médiation sociale du 14 septembre 2004. France Médiation. https://www.francemediation.fr/system/files/2020-03/charter_mediationsociale%2C%202001.pdf.

¹⁷ Blanc, Gwenaëlle, et Lucie Pelosse. *La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête*. Fédération éducation santé Rhône-Alpes (FRAES), mars 2010.

¹⁸ Haute Autorité de Santé, Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins., octobre 2017

d'intervention de la médiation en santé au service d'une meilleure appropriation de la médiation en santé par les publics et les partenaires, et de favoriser l'ancrage de la médiation en santé dans les territoires et dans le système de santé.

Dans le cadre de ce référentiel, la HAS définit la médiation en santé comme « un processus temporaire de **l'aller vers** et du **"faire avec"** dont les objectifs sont de renforcer : l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; le recours à la prévention et aux soins ; l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ; la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. ». La médiation en santé désigne « la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter d'une part l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des publics les plus vulnérables et d'autre part la sensibilisation des acteurs du système de santé aux obstacles du public dans son accès à la santé ».

La HAS identifie donc deux grands objectifs à la médiation en santé, d'un côté améliorer l'accès aux droits et aux soins préventifs et curatifs dans une recherche d'autonomie des populations les plus vulnérables et éloignées du système de santé, et de l'autre, la sensibilisation des professionnels de santé aux éventuelles difficultés des patients à naviguer et aller au bout de leurs parcours de soin et de prévention. En ce sens, la médiation en santé participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et les populations éprouvant des difficultés à y accéder.

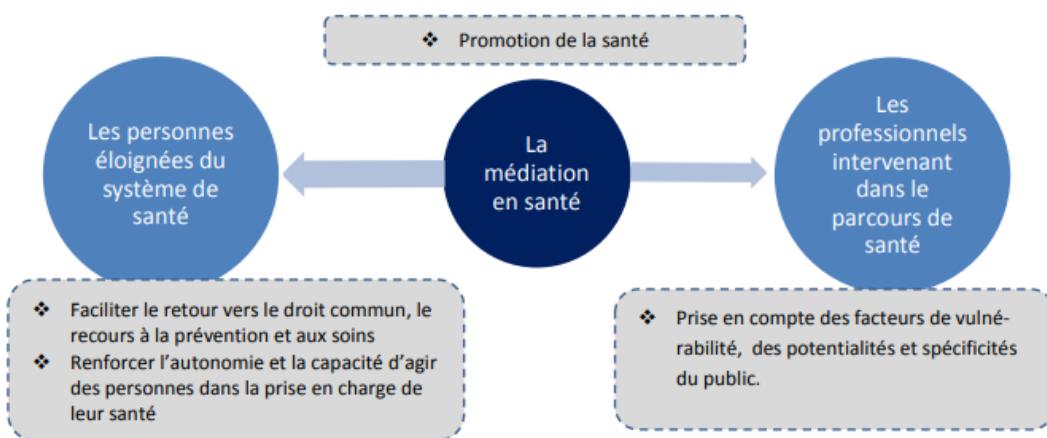


Figure 1 – Objectifs de la médiation en santé. Reproduit de Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Haute Autorité de Santé, octobre 201, p.16

Afin de garantir l'efficacité de la médiation en santé, la HAS définit ainsi des bonnes pratiques notamment au travers de trois principes déontologiques clefs que sont la confidentialité et le secret professionnel, le non-jugement ainsi que le respect de la volonté des personnes.

Parmi les autres bonnes pratiques énoncées, l'on retrouve notamment le travail en équipe pluridisciplinaire au sein d'une structure et/ou en partenariat, ainsi que le travail en réseau ou encore la nécessité d'élaboration de diagnostics territoriaux (obstacles au recours à la prévention et aux soins, besoins et attentes du public) afin d'orienter l'action de médiation en santé. Ces éléments sont considérés comme prérequis et conditions nécessaires au démarrage, au développement et au maintien des actions de médiation en santé.

Le référentiel propose ainsi quatre axes d'intervention de la médiation en santé qui contribuent à la promotion de la santé individualisée des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins :

- (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.

Aussi, une part importante de l'action de médiation consiste à l'orientation des personnes vers les professionnels compétents du domaine médico-social.

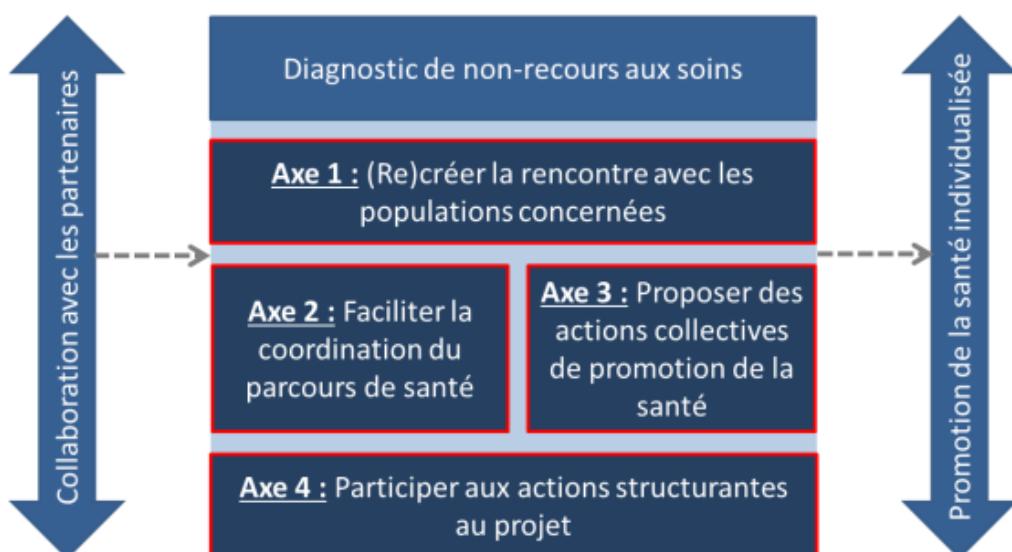


Figure 2 – Activités communes de la médiation en santé. Reproduit de Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Haute Autorité de Santé, octobre 2017, p.23

Concernant les compétences jugées nécessaires à l'exercice du métier de médiateur en santé, la HAS cite en premier lieu la grande disponibilité et le large périmètre d'action en termes d'intervention avec une posture d'écoute, d'attention et de repérage des attentes, des besoins latents et difficultés rencontrées par les publics.

Les autres compétences définies sont plus précisément regroupées en trois domaines de compétences principaux. L'acquisition de ces compétences se fait alors au travers de la formation initiale, continue et au travers de séances d'analyse des pratiques :

1. **Compétences techniques** : maîtrise de l'aller vers, technique d'entretien, techniques d'animation, constitution d'un dossier administratif, diagnostic et résolution des problèmes, travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau, technique de distanciation et gestion du stress, etc.
2. **Connaissances de l'environnement** :
 - a. Connaissance du public cible (système de valeurs, codes et pratiques culturelles, problématiques médicales et médico-sociales rencontrées, environnement socio-économique, environnement sanitaire)
 - b. Connaissance de l'environnement médico-social (procédures d'accès aux droits et aux soins et cadre juridique en vigueur, institutions présentes sur le territoire, parcours de soin dans le système de santé locale)
3. **Savoir être** (capacité à accompagner des publics vulnérables, respect de la confidentialité, non-jugement, écoute et empathie, capacité à connaître les limites de son rôle et savoir les expliquer, capacité de remise en question de soi et de sa pratique)

Enfin, le référentiel pose la formation initiale et continue, mais aussi l'analyse de pratiques comme la condition indispensable de l'acquisition et consolidation de ces savoirs, savoir-faire et compétences. La HAS propose ainsi un socle commun pour la formation initiale des médiateurs en santé (voir tableau ci-dessous).

Module	Proposition de contenu
La médiation	Approche théorique et historique de la médiation en santé
Environnement institutionnel et des dispositifs juridiques, sanitaires et sociaux	<ul style="list-style-type: none"> Les institutions, les acteurs et les politiques de santé Coordination du parcours de santé Droit à la couverture maladie Offre de soins, structures de santé et de prévention et leurs conditions d'accès Droit au séjour et droit au travail Services sociaux mobilisables
Santé publique et maladies	<ul style="list-style-type: none"> Déterminants de santé et inégalités sociales de santé Principales causes du non-accès aux droits, à la prévention et aux soins Pathologies liées à l'environnement et aux conditions de vie (ex : dengue, tuberculose, gale, saturnisme, etc.) Pathologies chroniques (ex : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc.) Infections transmissibles (ex : infection par le VIH, hépatites, etc.) Pathologies psychiatriques et souffrances psychologiques, dont les conséquences psycho-traumatiques de violences subies Usage de drogues et réduction des risques et des dommages (RDRD)
Approche populationnelle et/ou thématique des facteurs de vulnérabilité	Migrants, personnes âgées, personnes en situation de prostitution / travailleurs du sexe, santé maternelle et infantile, maladies chroniques, grande précarité, santé mentale, addictologie, population carcérale, populations des DOM, etc.
La fonction de médiateur	<p>A- Une posture, des pratiques</p> <ol style="list-style-type: none"> cadre déontologique rôle et limites de la fonction de médiateur en santé actions développées partenariat et comment se situer en tant que médiateur <p>B- La dimension technique, éducative et relationnelle</p> <ol style="list-style-type: none"> repérage et prise de contact (populations vulnérables et institutions/professionnels de santé) écoute et analyse de la demande communication : conduite d'entretien, animation la relation d'aide (« <i>counselling</i> ») la prévention et la promotion de la santé (dont la santé communautaire) la distanciation et la gestion du stress les pratiques de partenariat
Stage d'immersion et de projet	Faire un stage auprès de médiateurs déjà formés

Tableau 6 – Socle commun proposé par la HAS pour une formation de médiation en santé. Reproduit de Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Haute Autorité de Santé, octobre 2017, p.3

II. Opportunité d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane

L'élaboration de la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane s'inscrit dans une dynamique concomitante à l'échelle nationale qui porte une volonté de reconnaissance, de structuration et d'institutionnalisation de la profession de médiateur en santé. De par sa situation géographique, la Guyane bénéficie également de la possibilité de s'inspirer d'actions similaires mises en place à l'international et notamment dans les pays frontaliers.

1. L'opportunité de l'élaboration d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane

a. Historique et actualité de la médiation en santé en Guyane

Dès les années 1980, des pratiques occasionnelles et improvisées s'apparentant à ce que deviendra la médiation voient le jour en Guyane. C'est notamment à l'initiative du Docteur Franck Joly, chef des services de médecine et de pédiatrie de la maternité et de la Protection maternelle et infantile (PMI) de Saint-Laurent-du-Maroni que se sont développées des pratiques de médiation. En effet, il initia la mise en place de rencontres avec les familles de patients des populations venant des villages le long du fleuve Maroni et de visites à domicile, accompagné de l'anthropologue Diane Vernon qui travaillait avec ces populations depuis le milieu des années 1970. Il souhaitait ainsi travailler à l'inclusion des interprétations et des avis des familles et à l'adaptation des soins. Cette pratique a connu une forme d'institutionnalisation à partir de 1990 quand la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) a proposé de financer un poste permanent de médiateur interculturel au sein de l'hôpital en lien avec l'épidémie de VIH/sida¹⁹.

Plus largement, le développement de la médiation en santé sur le territoire guyanais fait l'objet de discussions, d'événements, de dispositifs de formation, d'accompagnement et de coopérations entre acteurs depuis le début des années 2000 : (*liste non exhaustive*)

- De 2000 à 2005 : programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique mis en place par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (l'IMEA) financé par le ministère de la Santé. Au total 32 médiateurs ont été formés pour la Guyane.
- 2006 : Mise en place par Médecins du Monde d'un projet sur 4 ans visant à renforcer la prévention du VIH, des IST, des hépatites et de la tuberculose et améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour la population rencontrée dans les programmes de santé de Médecins du Monde en France. Des séminaires ou rencontres ainsi que des formations ont

¹⁹ Vernon, Diane. « Chapitre 5. Un exemple de médiation interculturelle en milieu médical en Guyane ». *Accompagner et soigner en contexte pluriethnique et pluriculturel*, Presses de l'EHESS, 2021, p. 109-23, <https://doi.org/10.3917/ehesp.qribi.2021.01.0109>. Cairn.info.

été organisés, des médiateurs en santé de Guyane ont participé à ces évènements au cours des 4 années.

- 2006 : Création de l'Association Régionale des Médiateurs en Santé publique (ARMSP).
- 2007 : Création d'un réseau de médiation à Saint-Laurent du Maroni initié par l'ASV (Atelier Santé Ville).
- 2008 : Signature d'une convention entre Médecins du Monde et l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique (ARMSP) de Guyane. L'objectif était de développer en étroite collaboration des actions médico-sociales de promotion de la santé, de santé communautaire ou encore d'accompagnement médico-social auprès des personnes en difficulté d'accès au système de santé de droit commun dans des quartiers défavorisés de l'Ile de Cayenne. Des médiateurs ont été formés à la promotion à la santé par l'équipe du CASO (Centres d'Accueil, de Soins et d'orientations) de Cayenne et travaillent activement sur le terrain avec MDM.
- 2008 : Une évaluation du dispositif « adultes-relais » est menée par le Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, 18% des 86 adultes-relais en poste au 1^{er} janvier 2008 interviennent dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins.
- 2009-2010 : Mise en place d'un CAP médiation et prévention (niveau V) en alternance dans le cadre d'un partenariat entre la -Délégation Régionale Interministérielle à la Ville (DRIV) et la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports (DDJS) afin de professionnaliser 100 personnes exerçant les fonctions d'adultes relais ou intervenant dans le cadre du Programme de Réussite Educative (PRE) en Guyane. Cette formation organisée par Equinoxe Formation, a bénéficié à 27 adultes relais en poste.
- 2010 : Création de l'ARS en Guyane représentant entre autres une opportunité afin d'inscrire la médiation en santé comme priorité.
- 2010 : Médecins du Monde et Guyane Promo Santé organisent un séminaire intitulé « Médiateur, un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane ».
- 2014 : Le Centre de Ressources Politique de la Ville, dans le cadre de l'expérimentation médiation dans les quartiers, avec l'IRDTs et en partenariat avec Paris 13 met en place une licence professionnelle sur la médiation.
- 2018 : Les associations ADER Guyane, DAAC Guyane et Guyane Promo Santé (GPS) ainsi que les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) se réunissent pour travailler sur le projet de Plan d'accompagnement et de formation des médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur.
- Juin 2019 : lancement du dispositif (1er cycle- 3ans) "Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en santé du Territoire de l'Intérieur" coordonné par ADER Guyane & création du Consortium ADER Guyane/DAAC Guyane/GPS/CDPS
- Janvier 2019 : Ouverture d'un DU Médiation en santé à l'Université de Guyane (co-responsabilité pédagogique Comede, ADER Guyane et CHC)
- 2020-2021 : Le CRPV porte le plan d'accompagnement à la professionnalisation des adultes relais de Guyane (ingénierie de formation, accompagnement à la mobilité, réseaux de professionnels)

- 2020 : Dans le cadre de la mobilisation sociale durant la crise de la Covid 19, GPS et le CRPV développent des journées de sensibilisation aux « personnes non professionnelles de la médiation ».
- 2020 : MDM a expérimenté un pool de médiateurs en santé/Covid
- 2022 : Le CRPV renforce et anime le réseau des médiateurs en santé sur le littoral
- 2022-2023 : Le CRPV porte le second plan de professionnalisation des médiateurs en contrat adultes relais (Accueil ressources, ingénierie de formation, réseaux de professionnels)
- 2022 : Rencontre lors d'une journée des 4 promotions du DU médiation en santé
- 2023 : Poursuite du dispositif (2ème cycle-2 ans) "Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur" animé par ADER Guyane
- 2023 : Poursuite du réseau des médiateurs en santé sur le littoral animé par le CRPV
- 2024 : Refonte et poursuite du réseau des médiateurs en santé sur le littoral animé par le CRPV
- 2024 : Ouverture de la 6^{ème} promotion du DU médiation en santé. À ce jour, une centaine d'étudiants sont diplômés.

En 2022, plusieurs réunions ont été organisées entre ADER Guyane, GPS et le CRPV. Ces rencontres ont permis aux structures d'apprendre à se connaître, de partager sur les différents dispositifs à destination des médiateurs en santé et d'échanger plus largement sur les enjeux liés au développement de la médiation en santé sur le territoire. Ces échanges ont fait émerger l'opportunité d'une stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane, présentée à l'ARS le 29 septembre 2022, qui a validé les travaux pour l'année 2023.

Dans le cadre de ce projet d'élaboration d'une stratégie régionale de la médiation visant à mettre en cohérence les dispositifs et initiatives existants sur le sujet, l'Agence Régionale de Santé a adressé au consortium ainsi constitué une lettre de mission rappelant les objectifs et modalités de réalisation des travaux d'élaboration autour de 4 volets :

- Approfondissement du diagnostic régional de la médiation en santé
- Proposition d'une structuration ad hoc adaptée en Guyane, très rapidement opérationnelle
- Ingénierie de formation
- Préconisations stratégiques générales et notamment en termes de renforcement des médiateurs en santé et ce en adéquation avec les besoins identifiés en Guyane.

La stratégie régionale de la médiation en santé s'inscrit en adéquation avec la Stratégie Nationale en Santé (SNS) 2023-2028 et ses déclinaisons régionales au travers de la Stratégie Régionale en Santé (SRS) et du Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sur la programmation 2023-2028 qui énoncent le déploiement et le renforcement de la médiation en santé sur le territoire comme l'une des solutions à la réduction des inégalités de santé.

b. Objectifs de la stratégie

L'objectif général de la stratégie est de construire un ensemble renforcé, cohérent et structuré du champ de la médiation en santé au niveau régional, ensemble qui soit lisible par tous les acteurs concernés.

L'objectif spécifique est d'accompagner la co-construction de la stratégie régionale de la médiation en santé ainsi que la préfiguration d'un dispositif ad hoc en charge de suivre le déploiement de cette stratégie à court, moyen et long terme.

Pour remplir cet objectif, les membres de la gouvernance et le consortium ont défini deux résultats à atteindre :

- Une stratégie régionale de la médiation en santé est co-construite avec tous les acteurs de terrain et institutionnels concernés ;
- Une structuration ad hoc jouant un rôle de coordination et d'animation des actions de médiation en santé est préfigurée.

c. Publics ciblés

Dans le but de construire une stratégie pérenne et cohérente avec les dynamiques et acteurs du territoire, cette stratégie s'adresse à tous les professionnels et acteurs intervenant dans le champ de la médiation en santé ou travaillant en lien avec ce champ. Cela comprend :

- Les professionnels exerçant des missions de médiateurs en santé telles que définies par le référentiel de la HAS
- Les coordinateurs et directeurs des structures employant des professionnels exerçant des missions de médiateurs en santé
- Les professionnels amenés à travailler en lien avec des professionnels exerçant des missions de médiateurs en santé :
 - Professionnels et futurs professionnels de santé
 - Professionnels et futurs professionnels du secteur social
 - Professionnels exerçant au sein des différentes institutions et caisses nationales (préfecture, rectorat, CGSS, CAF, etc.)

d. Territoires

La stratégie territoriale de la médiation en santé et son programme d'actions a une visée régionale. Elle prend en compte aussi bien la zone littorale que les territoires de l'intérieur guyanais.

2. Une stratégie qui s'inscrit dans un contexte national porteur

Malgré une reconnaissance officielle de la médiation en santé enclenchée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et la publication du référentiel de la HAS en 2017, des obstacles persistent à une reconnaissance et valorisation pleine et entière de la profession. Afin de pallier ces obstacles, un certain nombre de revendications ont notamment été établies par le Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé dans un premier document de positionnement publié fin 2022 puis mis à jour début 2024. Ces revendications se concentrent autour de quatre axes principaux qui relèvent de demandes formulées aux pouvoirs publics²⁰ :

1. La reconnaissance statutaire du métier de médiateur en santé au travers de la création d'un référentiel métier avec une place opérationnelle définie dans les systèmes de santé

- 1.1. Incrire le métier de médiateur en santé dans le code de la santé publique et le répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME).
- 1.2. Intégrer le métier de médiateur en santé dans les conventions collectives des secteurs sanitaire, social, médico-social et de la fonction publique hospitalière et territoriale ainsi que dans les grilles de salaires correspondantes
- 1.3. Adopter un cadre éthique ayant une valeur réglementaire, garantissant la qualité des conditions de mise en œuvre de la médiation en santé ainsi que ses principes déontologiques, tels que le non-jugement, la confidentialité et le respect de la volonté des personnes.
- 1.4. Garantir une place opérationnelle définie dans les systèmes de santé, du social et du médico-social pour garantir la légitimité de ces professionnels et faciliter les collaborations.

2. La mise en place de formations en médiation en santé qualifiantes initiales et continues reconnues par l'État :

- 2.1. Définir un référentiel de formation théorique et pratique fixant les objectifs pédagogiques visant à l'acquisition des compétences exigées par le référentiel métier.
- 2.2. Créer une licence professionnelle de médiateur en santé sans exigence de diplôme préalable à l'entrée pour préserver la diversité des parcours des personnes et la reconnaissance des savoirs liés à l'expérience.
- 2.3. Veiller à l'inscription de la licence professionnelle dans le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) afin de valoriser les compétences acquises par l'expérience ou d'accéder au métier par la formation professionnelle continue.
- 2.4. Assurer l'accès à toutes les formations en médiation en santé via le CPF (compte personnel de formation).

²⁰ Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé. « Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiateur.rice en santé », 2024.

3. Garantir un soutien et un accompagnement professionnel aux médiateurs en santé

- 3.1. Organiser et financer pour chaque territoire, la mise en place, d'un accompagnement leur permettant de faire face sur le long terme à leur isolement professionnel et aux situations humaines complexes et éprouvantes rencontrées au quotidien dans le cadre de l'exercice de leurs missions. Cela doit être fait avec et pour les médiateurs en santé.
- 3.2. En articulation avec la stratégie nationale de médiation en santé mettre en place et financer, en lien avec le ARS, des programmes régionaux de médiation en santé (PRMS) pour et avec des médiatrices et médiateurs

4. Financer et encourager le développement de postes de médiateurs en santé à la hauteur des besoins

Les acteurs de médiation en santé sont majoritairement employés par des associations sur des fonds labiles type Fond d'Intervention Régional (FIR) dans le cadre d'appels à projets inscrits dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (Praps), pilotés par les Agences Régionales de la Santé (ARS), avec peu de perspectives sur la durée des contrats de travail. De ce fait, il n'y a ni sécurité de l'emploi, ni perspectives de pérennisation ou d'évolution de carrière. Les structures membres du Collectif demandent aux décideurs politiques français de :

- 4.1. Stabiliser les emplois de médiation en santé par des moyens financiers supplémentaires et pérennes.
- 4.2. Déployer la médiation en santé sur l'ensemble du territoire (métropole et outremer).
- 4.3. Vérifier au moment de l'octroi des financements publics dédiés à la médiation en santé que les structures qui prétendent aux financements :
 - Veillent au respect du cadre éthique des conditions de mise en œuvre de la médiation en santé (recommandation 1.3) ;
 - Intègrent la médiation en santé dans leur projet global ;
 - Disposent de fiches de poste de médiateur en santé qui correspondent au référentiel métier.

Dans une dynamique similaire, la mission interministérielle diligentée par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités dans le cadre du Conseil National pour la Refondation Santé et du Pacte des Solidarités, a formulé dans son rapport rendu aux ministères le 17 juillet 2023 un total de 10 recommandations concrètes²¹ :

²¹ *La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider.* Rapport IGAS remis par Berkesse, Alexandre, Philippe Denormandie, Emilie Henry, Nolwenn Tourniaire, et Farida Belkhir, juillet 2023. https://www.santementale.fr/medias/2023/07/IGAS_mission-mediation.pdf.

Recommandation n°1. **Engager des travaux de recherche-action** en vue d'évaluer l'efficacité de la médiation permettant d'assoir la médiation en santé sur un « haut niveau de preuve », de quantifier les coûts évités grâce à la médiation en santé et de déterminer des indicateurs pertinents de mesure de l'impact de la médiation en santé tant pour bénéficiaires que sur le système de soins.

Recommandation n°2. **Faciliter l'accès à des formations sur la médiation en santé** à l'instar de ce qui a été développé dans le champ de la santé mentale avec les premiers secours en santé mentale et examiner les modalités d'une extension du congé pour activités civiques aux individus dûment formés.

Recommandation n°3. **Consolider l'outillage et l'accompagnement des médiateurs.ices** ainsi que des équipes au sein desquelles ils évoluent dans le cadre de programmes régionaux de la médiation en santé incluant notamment de l'analyse de pratiques et des modalités de structuration des échanges avec les partenaires (remontées des dysfonctionnements du système de santé, identification d'un réseau de référents, conditions d'accès au dossier médical partagé)

Recommandation n°4. **Consacrer l'existence du métier de médiateur.ice en santé**, assorti d'un cadre déontologique, par son inscription idoine dans le code de la santé publique et les répertoires métiers.

Recommandation n°5. **Créer un diplôme de médiateur.ice en santé de niveau licence** également accessible par la voie de la validation des acquis personnels et professionnels (VAPP).

Recommandation n°6. **Créer une certification professionnelle de médiation en santé** enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant d'accéder au métier par la voie de la formation continue ou par la reconnaissance d'une VAE.

Recommandation n°7. **Prévoir des sensibilisations à la médiation en santé** tant dans le cursus de formation initiale que dans la formation continue des professionnels de santé, des cadres et dirigeant du secteur sanitaire, médico-social et social.

Recommandation n°8. **Rationaliser l'architecture financière de la médiation en santé** en actant le principe d'un canal de financement majoritaire stable par typologie de structures (financement conventionnel, engagements pluriannuels du FIR, dotations hospitalière, ONDAM spé)

Recommandation n°9. **Expérimenter** sur un ou plusieurs territoires volontaires **une démarche d'expression directe des besoins des personnes concernées** en lien avec les professionnel.le.s de ces territoires

Recommandation n°10. **Mettre en place dès septembre 2023 un comité paritaire de suivi de l'opérationnalisation des recommandations** de la présente feuille de route. Confier un budget dédié à ce comité afin d'assurer le lancement de l'étude recommandée ainsi que l'évaluation de la mise en œuvre des mesures.

3. La situation géographique de la Guyane, une source d'inspiration

Au niveau international, l'utilité de la médiation en santé s'est vue reconnue notamment dans la continuité des pratiques de santé communautaire qui se sont imposées en Amérique et en Europe du Nord, mais aussi au Brésil dans les années 1980. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé communautaire est le « *processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les mieux aptes à répondre à ces priorités* »²².

Contrairement à la France, le Brésil a adopté le modèle de la santé communautaire depuis la fin des années 1980 au travers de la création du Programme de Santé Familiale (PSF) qui est le volet local du système unique de santé (SUS) créé en 1988. Ce modèle se base sur la famille et non seulement l'individu et donne de l'importance aux actions intégrées qui prennent en compte l'être humain dans sa globalité. Des équipes composées au minimum d'un médecin, d'un infirmier, de deux aides-soignants et de quatre agents communautaires en santé sont implantées dans les territoires au niveau municipal et infra-municipal. Ces agents communautaires de santé, issus des territoires dans lesquels ils travaillent, ayant ce rôle de « représentant » de la communauté et de garant de l'identification des besoins de cette dernière, constituent la porte d'entrée des populations vers le système de santé ²³.

En ce sens, ces agents de santé communautaires ont des missions similaires à celles des médiateurs en santé. À la suite de la réalisation d'un diagnostic territorial, les agents communautaires, chacun responsables d'un certain nombre de familles, mettent en place avec leurs équipes pluridisciplinaires des actions de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'un suivi mensuel des familles²⁴. Ces actions sont menées dans un but d'autonomisation des populations en matière de santé. Ces interventions facilitent l'accès au programme et, en sens inverse, permettent que le programme atteigne les personnes concernées.

Bien que ce modèle semble être une réussite au Brésil, ces agents de santé communautaires sont confrontés à des problématiques de reconnaissance et de professionnalisation, leurs compétences expérientielles étant sous-estimées et dévalorisées. Ils se sentent également insuffisamment préparés à assumer les responsabilités qui leur incombent et se retrouvent dans une posture difficile qui est celle d'être à la fois des membres de la communauté et des agents de santé.

²² Motamed, Sandrine. « Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse ». *L'information psychiatrique* 91, n° 7 (2015): 563-67. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>.

²³ Lancman, Selma, Seiji Uchida, Laerte Idal Snelwar, et Tatiana De Andrade Jardim. « Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose. » *Travailler* n° 17, n° 1 (1 mars 2007): 97-124.

²⁴ Fleuret, Sébastien. « Expériences locales en santé communautaire : exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France. (Local experiences in community health : selected examples in Canada, Brazil and Mali, experiments in France) ». *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, La géographie de la santé en France, 2012, pp.227-246.

Par ailleurs, malgré un certain nombre de similitudes entre les missions des agents de santé communautaires brésiliens et des médiateurs en santé français, les agents de santé communautaire exercent également des missions relevant en France des prérogatives des professionnels de santé.

Le modèle brésilien a récemment été source d'inspiration pour la Guyane. En effet, en complément de l'élaboration de la stratégie régionale de la médiation en santé, l'Agence Régionale de Santé a lancé un AMI afin d'expérimenter la médiation en santé communautaire à travers le déploiement de plusieurs expérimentations sur le territoire de Guyane inspiré en partie par le modèle brésilien sur la question du suivi des foyers. Ces expérimentations viendront alimenter les actions de la stratégie régionale de la médiation en santé, notamment sur les volets de formation et d'évaluation.

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE

I. Méthodologie du diagnostic stratégique

1. Démarche qualitative

a. Entretiens bilatéraux

Dans le cadre du déploiement du Réseau des Médiateurs en Santé sur le littoral par le CRPV en 2022, un certain nombre de rencontres partenariales ont été effectuées afin de réaliser une première cartographie des acteurs de la médiation en santé sur le territoire. Ces éléments avaient été repris dans le cadre de la rédaction de la feuille de route de la stratégie.

L'arrivée de la cheffe de projet médiation en santé en mai 2023 a permis de reprendre les données issues de la démarche menée dans le cadre du Réseau des Médiateurs en Santé et de démarrer les travaux de la stratégie dans la continuité. Ainsi, 5 entretiens ont été réalisés avec des acteurs de la médiation en santé sur le territoire (voir annexe n°1) afin de mieux appréhender le sujet et d'identifier plus précisément les structures qui allaient prendre part au diagnostic. Ces entretiens ont été réalisés avec les directeurs et/ou coordinateurs de ces structures associatives ou publiques qui déploient de la médiation en santé.

Les objectifs de ces temps d'échange étaient :

- De présenter la stratégie régionale de la médiation en santé
- De discuter des pratiques en termes de médiation au sein de leurs structures
- De comprendre les spécificités du territoire, mais aussi de leurs territoires respectifs d'intervention
- D'identifier et comprendre les dynamiques de coopération existantes sur le territoire
- De solliciter la présence des acteurs aux groupes de travail

Au cours de la réalisation des travaux, d'autres acteurs ont été rencontrés de manière ponctuelle à leur demande ou de notre initiative (voir annexe n°1).

b. Limites

Du fait de la temporalité des travaux et de la disponibilité des acteurs, le nombre d'entretiens menés est limité. Ainsi, les éléments recueillis lors de ces entretiens ne sauraient constituer des éléments exhaustifs, mais permettent de disposer d'éclairages sur le fonctionnement de certaines structures, leur pratique de la médiation en santé et la réalité du travail de médiation en santé dans certains territoires.

2. Démarche quantitative

a. Questionnaire

Des premiers éléments chiffrés à une échelle régionale avaient été recueillis dans le cadre de la préfiguration du projet du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral puis repris pour la rédaction d'un pré-diagnostic dans le cadre de la feuille de route de la stratégie.

Ces informations avaient été recueillies via l'envoi d'un questionnaire aux structures identifiées ainsi que dans le cadre d'échanges avec une trentaine de structures à l'occasion de différentes actions de réseaux, de montée en compétences, de formations à destination des médiateurs en santé.

Afin de compléter et affiner ce pré-diagnostic à un niveau régional, un questionnaire a été diffusé aux directeurs et/ou coordinateurs d'une trentaine de structures et/ou services et/ou antennes déployant des actions/programmes de médiation en santé. L'envoi de ce questionnaire avait pour objectif le recueil de données objectives et des besoins identifiés afin d'établir un diagnostic de la médiation en santé en Guyane.

Le questionnaire est composé de 58 questions réparties en 3 grandes catégories : questions relatives à la structure (type de structure, champ d'activité, fonctionnement, financements, etc.), questions relatives aux médiateurs en santé au sein des structures (nombre de médiateurs, intitulés et fiches de postes, statuts, contrats de travail, missions, etc.), questions relatives aux besoins des structures en termes de médiateurs en santé supplémentaires.

L'analyse des réponses au questionnaire s'est faite question par question via Excel au travers de tableaux puis de graphiques.

Au total, 26 réponses au questionnaire ont été recueillies. Parmi ces réponses, 16 structures portant des postes de médiateurs en santé et/ou actions de médiation en santé sont représentées. Pour le CHC, ce sont 4 services/projets de santé publique différents pour lesquels des questionnaires ont été remplis, pour le CHOG il s'agit de 5 services/projets de santé publique différents.

Afin d'assurer une cohérence de l'analyse, pour les questions relevant du niveau structurel, les réponses ont été regroupées pour les services du Centre Hospitalier de Cayenne, du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, le Réseau Kikiwi (Est et Ouest) et la Croix-Rouge Française (EMSE et Centre de Santé de Saint-Laurent-du-Maroni).

Par ailleurs, afin d'aboutir à un diagnostic le plus exhaustif possible, certaines réponses au questionnaire ont été complétées par endroits avec les informations dont nous disposions par ailleurs. C'est notamment le cas concernant les structures déployant de la médiation en santé connues n'ayant pas répondu au questionnaire et le nombre de médiateurs connus dans ces structures et leur position géographique (les informations ajoutées sont grises).

Enfin, bien que les intitulés de postes soient divers, comme le montrent les réponses au questionnaire, par souci de compréhension, les professionnels concernés par ces réponses au questionnaire sont dénommés médiateurs en santé tout au long de l'analyse de ce questionnaire.

b. Limites

Concernant le premier diagnostic réalisé dans le cadre de la feuille de route, les données récoltées au travers d'entretiens téléphoniques et échanges ayant eu lieu à l'occasion de différentes rencontres (réseaux, montée en compétence ou de formation) ne pouvant être considérées comme exhaustives, elles avaient vocation à être complétées par un diagnostic plus poussé.

Concernant le diagnostic réalisé dans le cadre des travaux de préfiguration de la stratégie, au moyen de la diffusion d'un questionnaire, le fait que la totalité des services, structures ou antennes identifiés comme déployant de la médiation en santé ou des actions proches sur le territoire n'ont pas répondu au questionnaire constitue une limite. De plus, certaines erreurs de saisie ou de compréhension des questions viennent impacter les résultats. Enfin, les résultats de ce questionnaire constituent une cartographie de la situation à un instant T (novembre 2023) et ne prennent pas en compte les éventuelles évolutions intervenues depuis cette date.

II. Méthodologie du plan d'action

1. Groupes de travail réalisés avec les médiateurs en santé

Afin d'élaborer cette stratégie, différents temps d'échange et de co-construction ont été et mis en place avec les médiateurs en santé :

- Un groupe de travail à Saint-Laurent-du-Maroni dans le cadre du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV qui s'est tenu le 14 juin 2023 ;
- Un groupe de travail à Cayenne dans le cadre du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV qui s'est tenu le 22 juin 2023 ;
- Un groupe de travail à Cayenne dans le cadre du Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur animé par ADER Guyane qui s'est tenu le 20 juin 2023.

Au total, ces 3 temps de travail ont réuni 35 médiateurs en santé du territoire issus de neuf structures (voir annexe n°2), le CHC et le CHOG étaient représentés respectivement par des médiateurs issus de quatre services différents (voir annexe n°2).

Les thématiques abordées durant ces groupes de travail étaient transversales aux 4 grands axes de travail pré-identifiés dans la feuille de route que sont : la définition d'un dispositif régional, la formation, l'accompagnement des médiateurs et des structures ayant des postes de médiateurs en santé ainsi que le renforcement des équipes de médiateurs.

2. Groupes de travail avec les professionnels aux postes de directions/coordinations des structures déployant de la médiation en santé sur le territoire

Par ailleurs, quatre groupes de travail se sont tenus avec les directeurs, coordinateurs, encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé :

- Un groupe de travail n°1 à Saint-Laurent-du-Maroni qui s'est tenu le 15 juin 2023 ;
- Un groupe de travail n°1 à Cayenne qui s'est tenu le 27 juin 2023 ;
- Un groupe de travail n°2 à Cayenne qui s'est tenu le 12 septembre 2023 ;
- Un groupe de travail n°2 à Saint-Laurent-du-Maroni qui s'est tenu le 15 septembre 2023.

Ces quatre groupes ont réuni un total de 26 professionnels issus de 18 structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé sur le territoire guyanais. Durant ces groupes les grands enjeux de la médiation en santé ont pu être travaillés avec un focus sur les thématiques de la structuration d'un dispositif régional, de l'accompagnement des médiateurs en santé et des structures ayant des postes de médiateurs en santé, la possibilité d'une « formation préqualifiante » à destination des médiateurs en santé, la sensibilisation des professionnels du secteur médico-social et partenaires à la médiation en santé ainsi que les questions d'évaluation.

3. Entretiens

Pour des raisons logistiques (nombre et disponibilité des acteurs, possibilités de déplacement) il a été convenu de remplacer les groupes de travail initialement prévus à Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula par des entretiens bilatéraux avec les coordinateurs, directeurs et encadrants des structures portant des actions/programmes de médiation en santé.

Au cours du déplacement à Saint-Georges-de-l'Oyapock quatre entretiens ont été menés :

- Entretien avec le médecin-chef de service et le cadre de santé du CDPS le mardi 10 octobre 2023 ;
- Entretien avec le cadre de santé, le psychiatre et la médiatrice du CMP le mardi 10 octobre 2023 ;
- Entretien avec la coordinatrice de l'antenne de l'association ID santé le mercredi 11 octobre 2023 ;
- Entretien avec la chargée de développement et un médiateur en santé de l'antenne de l'association DAAC Guyane le mercredi 11 octobre 2023.

Un entretien a également été mené par visioconférence avec le chef de service, le coordinateur social ainsi qu'une médiatrice en santé de l'antenne de l'Akatij à Maripasoula.

4. Temps de restitution en plénière

À la suite de la tenue de la totalité des groupes de travail et entretiens prévus avec les médiateurs en santé ainsi qu'avec les directeurs, coordinateurs et encadrants des structures déployant des actions et/ou programmes de médiation en santé, un premier temps restitution en plénière a eu lieu via visioconférence. Le format de la visioconférence a été choisi afin que la totalité des acteurs de la médiation en santé sur le territoire puisse y participer.

L'enjeu de ce temps était de présenter la synthèse réalisée à l'issue des groupes de travail (voir annexe n°7) aux acteurs ayant participé à ces temps afin de s'assurer que leurs paroles et contributions aient bien été rapportées et d'éventuellement compléter certains éléments.

Le temps de restitution du 2 novembre 2023 a réuni une dizaine de participants et quelques retours écrits ont été recueillis, ce qui a permis d'aboutir à une version définitive de la synthèse.

5. Restitution aux médiateurs

Du fait du nombre limité de participants lors de la restitution en plénière et du nombre peu important de médiateurs présents, il a été décidé sur les premiers temps de réseau de 2024 de faire un retour aux médiateurs en santé sur les travaux de la stratégie.

Ainsi, un temps de restitution a été réalisé dans le cadre du PAFMTI avec les médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur et deux temps ont été réalisés dans le cadre du RMSL avec les médiateurs de la CACL et de Saint-Laurent-du-Maroni.

6. Expertise externe sur les modèles juridiques de la structuration régionale

En accord avec la lettre de mission orientant les travaux de la stratégie régionale de la médiation en santé, la stratégie a vocation à se doter à l'horizon 2025 d'une structuration *ad hoc* adaptée au territoire qui prendra la suite du consortium présentement constitué pour les travaux de préfiguration.

Un premier travail sur les modèles juridiques, de gouvernance et économiques possibles de cette future structuration a été engagé par le consortium en 2023. À la suite du COPIL n°2 et de la décision de prolonger les travaux de préfiguration de la stratégie jusqu'à la fin de l'année 2024, il a été décidé de faire appel à une expertise juridique externe sur ce sujet.

La mission confiée au prestataire extérieur vise à proposer un minimum de trois modèles juridiques possibles pour cette structuration régionale comprenant un mode de gouvernance élargi ainsi qu'un modèle de coordination.

Sur la base de ces éléments, un modèle sera retenu par l'ARS. A la suite de cette décision, le cabinet pourra être sollicité pour l'accompagnement opérationnel de la structuration selon le modèle retenu (e.g. dépôt des statuts, rédaction des contrats).

Deux cabinets juridiques ont été consultés par le consortium avant d'effectuer le choix du cabinet qui les accompagnera pour travailler cette thématique. Les travaux avec l'équipe spécialisée en économie sociale et solidaire du cabinet juridique sélectionné ont débuté en mai 2024.

Le travail avec le cabinet se décline sous la forme d'ateliers de travail réunissant le consortium, une avocate ainsi qu'une consultante :

- 4 ateliers d'une demi-journée sur la déclinaison opérationnelle de la stratégie
- 4 ateliers d'une demi-journée sur la stratégie juridique

La réalisation de ces deux phases d'ateliers donnera lieu à la production d'un livrable de la part du cabinet. Le livrable sur la stratégie juridique devra faire ressortir une analyse comparative des différents modèles juridiques possibles pour la future structuration régionale.

7. Méthodologie des missions l'approfondissement

Au-delà de la production du livrable de la stratégie et de la déclinaison opérationnelle du plan d'action au travers de fiches missions et fiches projets, deux missions prioritaires à approfondir sur l'année 2024 ont été définies. Une troisième mission autour de l'évaluation des dispositifs portés dans le cadre de l'AMI est venue compléter ces deux missions prioritaires en cours d'année.

La première mission d'approfondissement est un travail de mutualisation et de mise en relation entre les deux dynamiques de réseau existantes à destination des médiateurs en santé sur le territoire. Ce travail est mené par le CRPV et ADER Guyane portant respectivement le Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral et le réseau du Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur.

Cette première mission d'approfondissement sera travaillée au travers de 5 ateliers de 2h :

1er atelier : février 2024

- Présentation et compréhension des dispositifs
- Identifier ce qui relève du réseau ou pas

2ème atelier : avril 2024

- Affiner la définition de réseau et dynamique
- Affiner son contour et son contenu
- Affiner la question de rapprochement ouest/est
- Validation

3ème atelier : mai 2024

- Travailler sur 2 éléments constituants cette dynamique

Ex : rencontre de médiateurs : lieu, fréquence, objectifs, attendus etc.

4ème atelier : septembre 2024

Idem sur 2 autres éléments constituants

5ème atelier : octobre 2024

Finalisation et validation de la proposition

La deuxième mission d'approfondissement est un travail d'ingénierie de formation afin de construire une formation à la prise de poste du médiateur en santé. Ce travail est mené par le CRPV et ADER Guyane en collaboration avec Médecins du Monde et le Comede.

Cette deuxième mission d'approfondissement sera travaillée au travers de plusieurs ateliers et de rencontres partenariales :

1er atelier : septembre 2024

- Valider la méthodologie
- Construire une fiche descriptive de la formation
- Identifier le modèle économique
- Identifier le contenu de formation

Octobre 2024

- Rencontre avec l'OPCO Uniformation
- Rencontre avec l'OPCO SANTE

3ème atelier : novembre 2024

- Affiner la fiche descriptive de la formation
- Affiner le contenu de formation

4ème atelier : décembre 2024

- Valider les modules et séances
- Construire les conducteurs pédagogiques

5ème atelier : janvier 2025

- Finaliser les conducteurs et les outils pédagogiques

Janvier 2025

- Organiser une réunion avec l'organisme Qualiopi, les OPCO et la stratégie régionale

PARTIE III : DIAGNOSTIC STRATÉGIQUE

Afin de mieux préciser et de mieux appréhender les enjeux liés à la médiation en santé sur le territoire guyanais, un diagnostic stratégique a été réalisé dans le cadre des travaux de préfiguration de la stratégie. Ce dernier repose sur les éléments remontés au cours des différents groupes de travail organisés dans le cadre des travaux, de l'enquête menée auprès des structures déployant des actions de médiation en santé, mais aussi des données récoltées par les membres du consortium dans le cadre de leurs projets respectifs et des échanges plus informels qu'ils ont pu avoir avec les acteurs de la médiation en santé dans ce cadre. Ce diagnostic stratégique a permis d'orienter le plan d'action proposé dans la partie suivante.

Les données récoltées pour la Guyane sont mises en perspective tout au long de cette partie avec les données récoltées dans le cadre de l'étude C-PRO-MS sur le cadre professionnel de la médiation en santé menée au niveau national²⁵. Cette étude, co-pilotée par la Fnasat-GV et Sidaction, a été menée dans la dynamique du plaidoyer pour la reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier portée par le Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé (CPMS).

I. Eléments de contexte socio-sanitaire en Guyane

Tout d'abord, un certain nombre d'éléments relevant du contexte territorial ont été mentionnés durant les différents groupes de travail. Ces considérations relèvent essentiellement de la démographie médicale et des difficultés d'accès au droit sur le territoire. Elles viennent appuyer la nécessité du déploiement de la médiation en santé sur le territoire, d'une meilleure reconnaissance de son utilité, et, de fait, le caractère indispensable de l'élaboration de cette stratégie régionale de la médiation en santé :

- Le manque de professionnels de santé et/ou le manque de professionnels de santé présents de façon permanente dans certaines communes de l'intérieur, préjudiciable à la santé des populations et mettant en difficulté le travail des médiateurs en santé. En effet, l'une des missions principales des médiateurs en santé étant d'orienter les usagers vers les professionnels médicaux ou sociaux compétents, mais aussi les services publics, l'absence de ces derniers empêche la réalisation de leur travail et/ou les constraint à prendre en charge des missions qui ne sont pas les leurs ;
- À ce manque de professionnels de santé sur certains territoires vient s'ajouter un turn-over important de ces derniers ce qui complique encore une fois la prise en charge des patients, mais aussi le travail des médiateurs en santé dans la mesure où leur rôle et utilité sont continuellement remis en question par ces nouveaux professionnels, souvent par méconnaissance de la profession ;

²⁵ Richard, Élodie, et al. *Médiation en santé : Sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité. Étude sur le cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé (Étude C-PRO-MS)*. FNASAT, Sidaction, février 2024, <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-etude-c-pro-ms.pdf>.

- Le manque d'une offre de soin privée dans les territoires de l'Intérieur où les CDPS sont seuls
- L'enclavement des territoires (liaisons aériennes coûteuses et dysfonctionnelles, longs trajets en pirogue parfois rendus impossibles par les niveaux du fleuve, etc.) de l'Intérieur rendant difficiles les parcours médicaux des usagers ainsi que l'accompagnement, la formation (concentration de l'offre de formation sur Cayenne ou le littoral) et le travail des médiateurs en santé de manière générale ;
- La nécessité à termes du développement d'un cursus complet de médecine en Guyane afin de former des professionnels de santé localement ;
- La particularité du travail des soignants, des associations et du travail d'accompagnement des publics vers un parcours de santé au niveau des bassins de vie frontaliers à l'Est et à l'Ouest du fait notamment de la situation administrative précaire ou non-régulière des populations, des dynamiques d'habitat transfrontalières, etc. ;
- Les difficultés importantes rencontrées par les usagers accompagnés par les médiateurs en santé en termes de régularisation et d'ouverture de droit auprès des différents services de l'État et agences (Préfecture, Sécurité Sociale, CAF, etc.) du fait notamment de l'opacité perçue des règles et des délais de traitement des dossiers ou encore de l'impossibilité des médiateurs à accompagner les usagers au sein de ces institutions. En effet, sans droits ouverts, il est quasiment impossible pour les médiateurs en santé d'accompagner les usagers vers un parcours de santé.

Par ailleurs, au-delà de la médiation en santé dans son interface avec le soin, plusieurs considérations ont été remontées concernant la médiation en santé en relation avec le volet de prévention en santé qui est un élément primordial de lutte contre les inégalités sociales de santé souvent relégué au second plan compte tenu du contexte complexe d'accès aux soins :

- La nécessité de temps d'échange individuels et collectifs afin de faire évoluer positivement les comportements de la population et des professionnels en termes de prévention en santé
- La nécessité du développement de la culture de la prévention auprès des professionnels de santé
- La fragilité des structures faisant de la prévention en Guyane compte tenu des financements limités des institutions sur ces sujets

Ces constats remontés par les acteurs ayant participé aux différents temps d'échange et groupes de travail sont largement partagés et prouvés sur le territoire et sont notamment en grande partie décrits dans le rapport IGAS « Renforcement de l'offre de soins en Guyane » de 2021²⁶.

²⁶ Gardel, Christine, Joël Blondel, Philippe Yvin, et Patrice Belmont. « Renforcement de l'offre de soins en Guyane ». Rapport IGAS n°2020-066R, février 2021.

II. État des lieux de la médiation en santé sur le territoire

Afin de comprendre et de situer qui sont les premiers concernés par l'élaboration de la stratégie régionale, il convient de présenter un état des lieux de la médiation en santé sur le territoire et de ses acteurs, projets et dispositifs

1. Recensement des médiateurs en santé et des structures employant des médiateurs en santé sur le territoire

Les éléments de diagnostic ci-dessous sont issus de l'analyse des réponses à l'enquête partagée en octobre 2023 aux directions et coordinations des structures identifiées comme portant des actions et/ou programmes de médiation en santé sur le territoire, complété par certains éléments de pré-diagnostic.

Certains résultats sont objectivés par l'étude menée au niveau national, co-pilotée par la Fnasat-GV et Sidaction, dans la dynamique du plaidoyer pour la reconnaissance et la sécurisation professionnelle du métier portée par le Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé (CPMS).

a. Recensement et localisation des médiateurs en santé sur le territoire guyanais

Selon les réponses à l'enquête menée dans le cadre des travaux de préfiguration de la stratégie (voir annexe n°9) il y aurait 109 postes de médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé sur le territoire guyanais.

En complétant les réponses au questionnaire avec les informations complémentaires dont nous disposons par ailleurs, on dénombrerait **133 postes de médiateurs en santé** ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé sur le territoire Guyanais²⁷.

Ainsi, on dénombre :

Sur la Guyane routière :

- 31 médiateurs à Saint-Laurent-du-Maroni
- 6 médiateurs à Kourou
- 57 médiateurs sur la CACL
- 10 médiateurs à Saint-Georges

Dans les communes de l'intérieur :

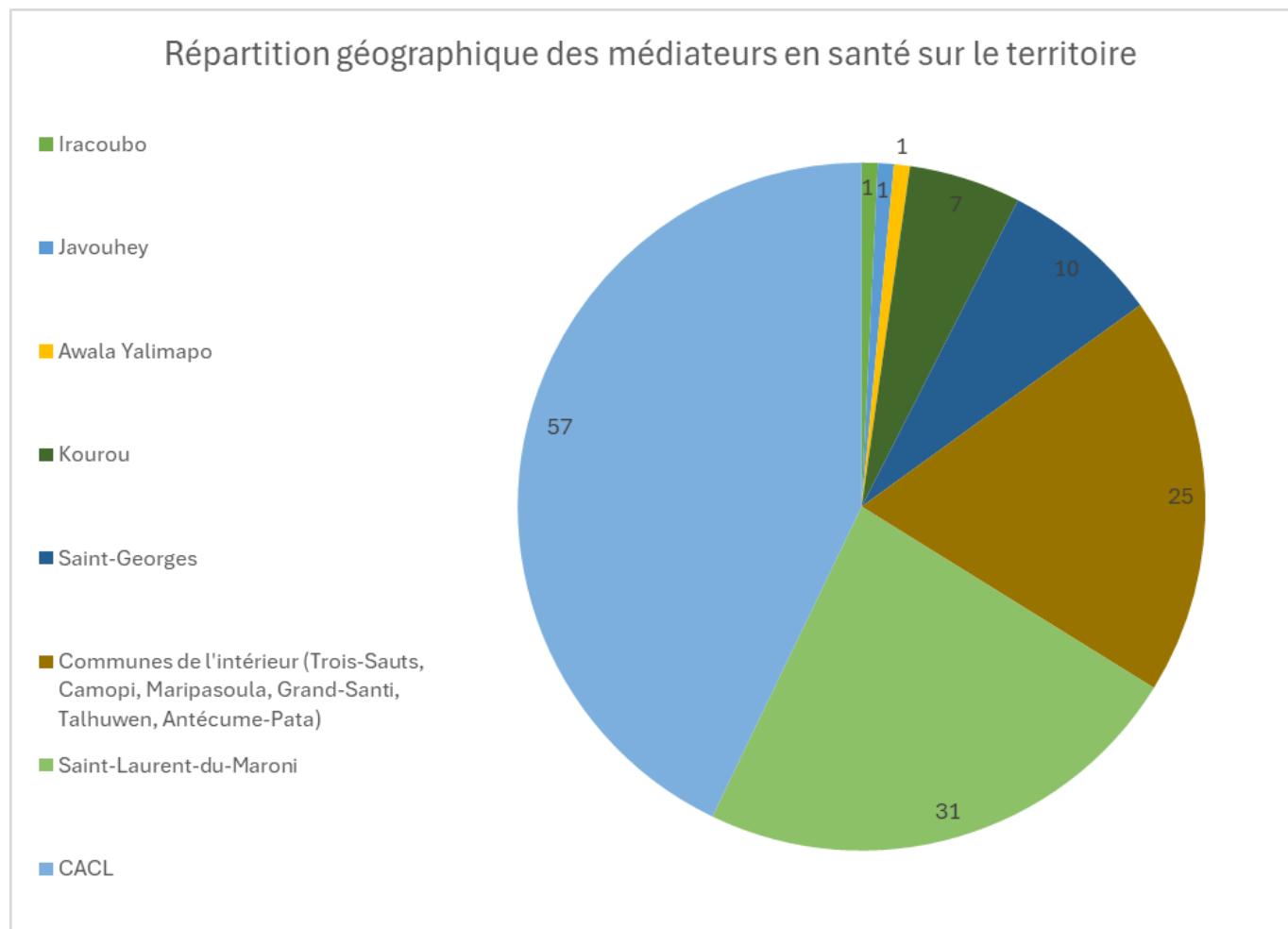
²⁷ Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposions par ailleurs concernant les structures et services comportant une étoile (*) (DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village).

- 10 médiateurs dans les Hôpitaux de Proximité et Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)
- 6 médiateurs au sein de l'Équipe Mobile en Santé Publique en Commune - EMSPEC
- 10 médiateurs associatifs à Maripasoula
- 3 ASH/traducteurs au CHOG-CMP

Par ailleurs, 3 structures ont indiqué avoir des postes de médiateurs en santé inoccupés. Ainsi, sur les 133 postes cités, 10 seraient inoccupés à la mi-novembre 2023.

Un recensement plus précis des postes de médiateurs en santé par commune et par structure est disponible en annexe²⁸.

Ainsi la répartition géographique des postes de médiateurs en santé sur le territoire peut être représentée comme suit :



b. Recensement et localisation des structures employant des médiateurs en santé sur le territoire

²⁸ Voir annexes n°3, 4 et 5

Les réponses à l'enquête nous donnent à voir un aperçu des types de structures déployant la médiation en santé sur le territoire, leur statut, activité, localisation et zones d'intervention.

Les structures, antennes et services identifiés²⁹ comme employant des médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions similaires au moment du diagnostic sont détaillés dans le tableau ci-dessous. Il s'agit au total de 20 structures et de certains de leurs services et/ou antennes.

STRUCTURES		ANTENNES / SERVICES / PROJETS					
L'arbre Fromager (Cayenne)							
Réseau Kikiwi	Antenne Est	Antenne Ouest					
Croix-Rouge française	Équipe Mobile de Santé de l'Environnemental (EMSE)	Centre de Santé de Cayenne(1)*	Centre de Santé de Saint-Laurent-du-Maroni				
Association Akatij	Antenne de Cayenne	Antenne de Kourou	Antenne d'Awala-Yalimapo	Antenne de Saint-Laurent-du-Maroni	Antenne de Maripasoula	Antenne de Saint-Georges	
Centre Hospitalier de Cayenne	DRISP (Département Recherche Innovation et Santé Publique)	EMSPEC (Équipes Mobiles de Santé Publique en Communes)	Pôle Santé Mentale	UMED (Unité Mobile d'Education thérapeutique de Diabétologie du Service d'Endocrinologie/ Diabétologie/Nutrition)	Hôpitaux de proximité (Saint-Georges*, Maripasoula*, Grand Santi*) et CDPS (Camopi*, Trois-Sauts*, Talhuwen*, Antécume-Pata*)	Permanence d'Accès aux Soins de Santé - PASS (4)	
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais	EMAS	PASS	Cabinet de santé	Département de santé publique	CMP Maripasoula		
Maison de Santé Léopold (Saint-Laurent-du-Maroni)							
Médecins du Monde (Cayenne)							
DAAC	Antenne de Rémire-Montjoly	Antenne Saint-Georges-de-l'Oyapock					
ADER Guyane	Antenne de Kourou	Antenne Maripasoula					
Entr'Aides Guyane							
ID Santé	Antenne de Cayenne	Antenne Saint-Georges					

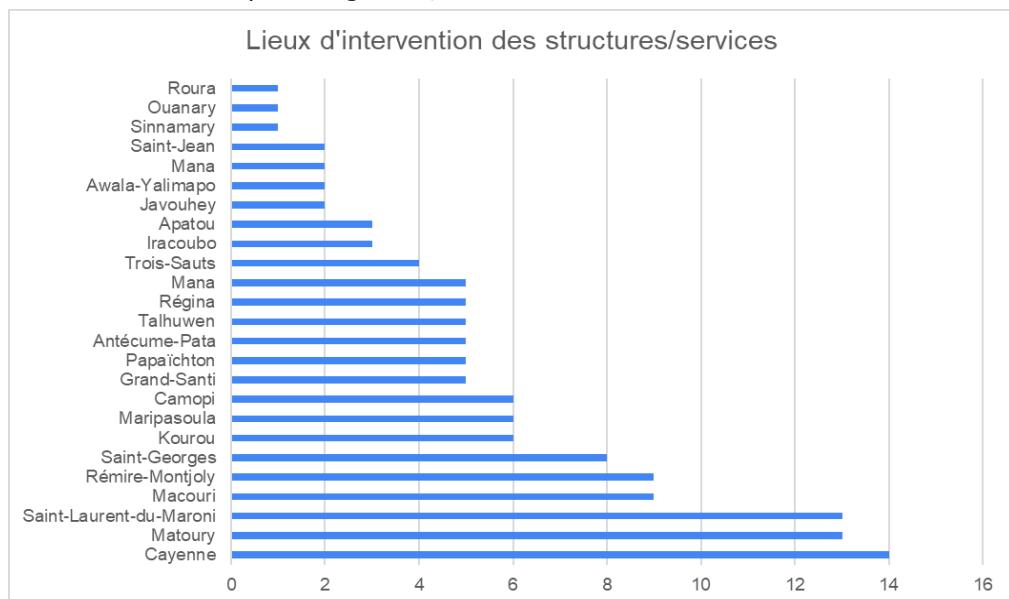
²⁹ Les structures et antennes comportant une étoile (*) représentent les structures et antennes n'ayant pas répondu au questionnaire mais identifiées comme employant des médiateurs en santé ou des professionnels exerçant des missions similaires.

Comede (Cayenne)						
Guyane Promo Santé	Antenne de Cayenne	Antenne Saint-Laurent-du-Maroni				
AGRRR (Cayenne)						
AIDES	Antenne Saint-Laurent-du-Maroni	Antenne Maripasoula				
DSU/CLS Matoury*						
APS Village* (Iracoubo)						
APAHJ*	Saint-Laurent-du-Maroni	Cayenne	Rémire-Montjoly			
Jakoewale*						

Les sièges de la grande majorité de ces structures (10) se trouvent ainsi à Cayenne, tandis que 3 se trouvent à Saint-Laurent-du-Maroni, 2 à Rémire-Montjoly, 2 en région parisienne (associations nationales), 1 à Matoury, 1 à Iracoubo, et enfin 1 à Kourou.

Le recensement des médiateurs et des structures employant des médiateurs en santé sur le territoire nous permet d'observer que certains territoires sont très peu pourvus en médiateurs en santé cependant on observe des actions qui ont lieu de manière plus ou moins régulière sur un plus large éventail de territoire que les lieux d'implantation.

En effet, malgré une implantation des sièges des structures regroupée sur 7 communes, les lieux d'intervention des structures et/ou services sont beaucoup plus variés. Ainsi, seulement 3 des 22 communes constituant la région Guyane n'ont pas été citées au moins une fois par les répondants au questionnaire : Montsinéry-Tonnegrande, Saül et Saint-Élie.



Ces lieux représentent cependant des zones d'interventions ponctuelles et n'indiquent pas forcément la présence de médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé de manière continue sur ces territoires.

Ainsi, par exemple, la PASS de Cayenne dispose d'une antenne à Soula avec une présence d'1 à 2 journées par semaine. ADER Guyane effectue des actions ponctuelles de Macouria à Iracoubo et dispose d'une antenne à Maripasoula. Médecins du Monde a pu effectuer certaines actions de promotion de la santé à Soula.

Dans le cadre d'échanges lors des journées de réseau à Saint Laurent du Maroni, il apparaît que les communes aux alentours sont dépourvues d'actions régulières et pérennes. Ainsi on relève certaines actions ciblées : les médiateurs intervenant dans le cadre de l'Équipe Mobile d'Accès aux Soins, EMAS, peuvent être amenés à couvrir un territoire plus large. Le réseau Kikiwi accompagne plus largement de Mana à Apatou.

Concernant le territoire de la CACL, une grande partie des structures ont leur siège à Cayenne. Cependant ils interviennent de manière plus large sur plusieurs communes de la CACL.

Il ressort des échanges avec les médiateurs intervenants sur le littoral que l'absence et ou l'insuffisance de médiateurs dans certaines zones peut brouiller le cadre d'intervention des médiateurs en santé et des médiateurs sociaux. Dès lors certains médiateurs se définissent comme « médiateur en santé et social » ou comme « médiateur social en santé » rappelé par les urgences de leurs territoires. Parfois même ce constat s'étend au-delà de la médiation pour pallier le manque d'intervenants du champ médico-social.

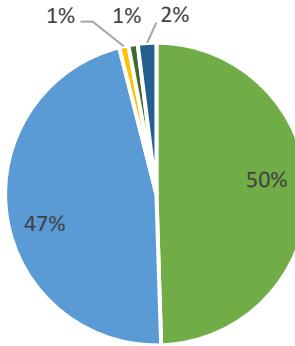
Cela nous amène à nous interroger sur la connaissance et la spécificité des publics des territoires faiblement pourvus d'interventions de médiation en santé afin d'identifier les besoins et d'envisager de renforcer des équipes sur ces territoires.

Par ailleurs, les structures dans lesquelles exercent les médiateurs en santé sont principalement des associations (50%), suivies de très près par les établissements publics de santé représentant ici le Centre Hospitalier de Cayenne et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (47%)³⁰.

³⁰ Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposons par ailleurs concernant les structures comportant une étoile (*) : DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village, Hôpitaux de proximité et CDPS

Structures dans lesquelles exercent les médiateurs en santé (sur 133)

- Associations
- Etablissements publics de santé (Centres Hospitaliers)
- Maisons de Santé
- Collectivités
- Etablissements public sociaux et médico-sociaux

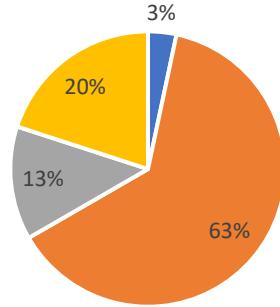


Au niveau national, selon les résultats de l'étude ; la prédominance du statut associatif (67%) par rapport aux établissements publics de santé (19%) se vérifie dans des proportions beaucoup plus importantes.

Enfin, l'activité principale de ces structures est majoritairement (62%) la santé (promotion de la santé, prévention, accès aux droits), suivie de l'activité combinée santé-social (19%), de l'activité de soins (15%) et enfin du social (4%)³¹.

Activité principale des structures, antennes et services dans lesquelles travaillent les médiateur.rices en santé

- Social
- Santé (promotion de la santé, prévention, accès aux droits)
- Soins
- Combiné



Au niveau national, les catégories de structures les plus représentées étaient les structures menant des actions en santé (30%) et les établissements médico-sociaux (23%).

³¹ Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposions par ailleurs concernant les structures comportant une étoile (*): DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village, Hôpitaux de proximité et CDPS

2. Dispositifs d'accompagnement existants

La stratégie régionale de la médiation en santé prend comme point de départ les dispositifs et initiatives existants dans un souci de mise en relation de cohérence, d'amélioration et de développement de ces derniers.

Ainsi, plusieurs dispositifs participent présentement à la formation, à l'accompagnement et aux dynamiques de réseau des médiateurs en santé sur le territoire guyanais :

- Le DU Médiation en santé - DFR Santé de l'université de Guyane dont les co-responsabilités pédagogiques sont assurées par le DFR Santé, ADER Guyane et le COMEDE
- Le Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs des Territoires de l'Intérieur (PAFMTI) animé par ADER Guyane
- Le réseau des médiateurs en santé du littoral animé par le CRPV de Guyane

a. Le DU Médiation en Santé

Depuis 2018 le territoire est pourvu d'un DU Médiation en santé qui offre une formation s'étalant de janvier à juin à raison d'une semaine de cours par mois, correspondant à 175 heures d'enseignements et 70 heures de stages au travers de 9 modules de formation.

Les enseignements du DU Médiation en santé sont à ce jour dispensés par 30 intervenants des milieux associatif et hospitalier.

Depuis 2019, le DU a permis de former 106 médiateurs en santé, en poste ou en recherche d'emploi/reconversion :

ANNÉES UNIVERSITAIRES	Nombre d'étudiants	Nombre d'étudiants en poste			Bénévoles/autres	Diplômés
		En poste associatif	En poste hospitalier	Total		
2018-2019	24	20	4	24	0	24
2019-2020	24	10	5	15	9	24
2021-2022	18	10	2	12	6	17
2022-2023	20	10	4	14	6	20
2023-2024	20	6	5	11	9	19
Totaux	106	56	20	76	30	104

Le DU Médiation en santé est reconnu comme une spécialisation et non comme un diplôme donnant un niveau d'étude, cependant il s'inscrit dans les dynamiques nationales de développement de diplômes universitaires spécialisés sur la médiation en santé.

En 2022 le DU Médiation en santé a organisé une journée permettant de réunir les 4 premières promotions. Les objectifs de cette rencontre étaient d'entretenir le réseau, situer les médiateurs diplômés dans leur pratique, identifier les difficultés rencontrées et les perspectives. Des ateliers autour de trois thématiques se sont déroulés durant cette journée : postures et pratiques, partenariat et réseau, difficultés rencontrées et perspective. Un questionnaire concernant le DU médiation a été renseigné par la trentaine de médiateurs présents.

b. Le Plan d'Accompagnement des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur

Depuis 2019, le PAFMSTI – Plan d'accompagnement et de formation des médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur - est mis en œuvre par ADER Guyane en consortium avec DAAC Guyane, le CHC et Guyane Promo Santé. Un premier cycle de formation et d'accompagnement de 3 ans (2019-2022) a été suivi avec la possibilité d'intégrer le DU médiation en santé (une passerelle a été mise en place avec le DFR Santé de l'Université de Guyane). Cette passerelle devant permettre aux médiateurs de passer les modules manquants et leur oral afin d'être diplômé. Un deuxième cycle de 2 ans (2023-2025) qui repose essentiellement sur des analyses de pratiques sur des sujets complexes dans une démarche de santé communautaire, d'accompagnement des structures ayant des postes de médiateurs en santé et de la montée en compétences des médiateurs sur de la transmission/formation, sur des thématiques comme le repérage et à la prévention du suicide, l'accès aux droits, etc.

Dans le cadre de multiples échanges, l'accompagnement d'une vingtaine de médiateurs par le PAFMSTI apparaît comme une plus-value dans la prise de poste du médiateur et l'acquisition des compétences du fait du temps long accordé aux médiateurs. Cela vient souligner « le manque » dans le cadre du DU qui se déroule sur un temps beaucoup plus court et interroge l'accompagnement continue mis en place au sein des structures qui portent des postes de médiateurs en santé. Il propose des sessions de formation et d'accompagnement à Saint-Georges pour les médiateurs de Saint-Georges, Camopi-Trois sauts et à Maripasoula pour les médiateurs de Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula, Talhuen et Antécume Pata.

Dans le cadre du PAFMSTI ADER Guyane se déplace dans le territoire de l'Intérieur tous les deux mois à raison de trois jours par semaine, durant ces déplacements sont proposés :

- Une journée d'analyse de pratiques de la médiation en santé : travailler la posture du médiateur, présenter son métier face à d'autres professionnels, utilisation des vocabulaires de la médiation, un temps est dédié à l'accompagnement des structures qui sont en interaction avec des médiateurs, un temps est également dédié à l'accompagnement des médiateurs et habitants pour la mise en place d'un projet en santé communautaire.
- Des temps de montée en compétences des médiateurs :
 - Participation des médiateurs au colloque, séminaires, etc...
 - Intervention des anciens médiateurs du DU auprès des médiateurs ou futurs
 - Médiateurs en formation
 - Transmission de savoirs et de savoir-faire des anciens aux nouveaux médiateurs

c. Le Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral

Le CRPV anime depuis janvier 2022 le réseau des médiateurs en santé sur le littoral. Afin de construire le réseau, une phase de mobilisation des partenaires s'est déroulée de janvier à juin et se poursuit en parallèle des actions. À partir de juin 2022, ont été organisées 3 journées de cartographie des besoins puis 6 journées de réseau à destination des médiateurs. Elles ont permis de mobiliser 45 médiateurs sur les 75 initialement recensés au travers du réseau. Les journées se sont déroulées sur l'île de Cayenne, Kourou (uniquement la journée de cartographie) et Saint Laurent du Maroni (territoires de la politique de la ville).

Sur l'année 2023, ce sont au total 6 journées de réseau qui ont été organisées sur l'île de Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni et a mobilisé 36 médiateurs en santé. Les journées de réseau 2023 se sont déroulées sur l'île de Cayenne et sur Saint-Laurent du Maroni.

Pour l'année 2024, le format des journées du Réseau des Médiateurs sur le Littoral a été revu dans le cadre d'une expérimentation en lien avec la préfiguration de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé. Les journées de réseau ont été pensées sur un format de 3 demi-journées (1,5 jour) composé de 3 temps distincts :

- Temps de réseau et de montée en compétences entre pairs
- Analyse de la pratique professionnelle
- Résolutions de cas complexes et rencontres partenariales clés

La thématique des réseaux à destination des médiateurs en santé fera l'objet d'un développement à part entière dans le cadre de la mission d'approfondissement dédiée à la mutualisation et mise en relation des dynamiques de réseau existantes. En effet, l'enjeu est d'éviter l'écueil d'une médiation en santé à plusieurs vitesses sur le territoire et d'une scission entre les différents territoires. De plus, la mobilité des professionnels dans leurs parcours invite à proposer un modèle plus lisible pour tous les médiateurs et les structures déployant des actions de médiation en santé

d. Autres initiatives temporaires

D'autres projets tels que le projet de médiation en santé urgence COVID-19 porté par Médecins du Monde ont contribué à la dynamique de réseau et de professionnalisation des médiateurs en santé. Le projet prévoyait le recrutement de 13 médiateurs qui intervenaient dans le cadre des activités mises en place par MdM, mais également en renfort des actions des partenaires du projet (CRF, PASS, CHC ainsi que la DAAC Guyane) selon leurs besoins de médiation. Ce projet a également été un levier pour former les 13 médiateurs au travers d'un programme de formation interne et du DU de Médiation en santé.

III. Regards des acteurs de la médiation en santé en Guyane sur les grands enjeux de la médiation en santé

Les éléments recueillis dans le cadre des groupes de travail ainsi que du questionnaire aux structures permettent de présenter à la fois le contexte dans lequel évoluent les acteurs de la médiation en santé et leurs besoins de mettre en avant leurs regards sur les grands enjeux de la médiation en santé.

Nous analyserons ces éléments au travers de cinq thématiques principales et croiserons les données disponibles de l'étude nationale :

- La reconnaissance du métier
- La formation des médiateurs en santé
- L'accompagnement professionnel et le soutien des médiateurs en santé et des structures
- La pérennisation des équipes de médiation en santé
- Le besoin supplémentaire de médiateur en santé

1. La reconnaissance du métier de médiateur en santé

Sur la question de la reconnaissance de leur métier, les médiateurs en santé ont notamment pu faire remonter :

- Un besoin de reconnaissance par les professionnels notamment du secteur médico-social et les partenaires institutionnels
- Un besoin de consolidation d'une culture commune de la médiation en santé, de ses missions et de ses limites d'intervention pour éviter notamment le glissement des missions des assistantes sociales vers les médiateurs
- Un besoin de revalorisation du travail de médiateur en santé et des diplômes au niveau national
- Un besoin de renforcer le plaidoyer pour la reconnaissance du métier de médiateur en santé et son institutionnalisation en lien avec la nomenclature, les fiches de poste, les droits et les niveaux de salaire
- Un besoin de plus de financement et financements pérennes pour les postes de médiateurs en santé et projets de médiation en santé

Certains besoins évoqués par les médiateurs relèvent également du fonctionnement interne de leur structure employeuse :

- Un besoin d'une meilleure attention aux remontées d'informations et problématiques du terrain faites par les médiateurs en interne à leurs structures
- Un besoin de reconnaissance du métier en interne aux structures

Ce manque de reconnaissance lié au fonctionnement interne des structures est corrélé par l'étude nationale C-PRO-MS. Les médiateurs et médiatrices en santé ayant répondu étaient 30% à se sentir en difficulté dans leur poste. La première difficulté rapportée était un défaut d'effectif (40%), un manque de soutien de la hiérarchie (26%), et le manque d'expérience (19%).

Plus largement, l'étude C-PRO-MS montre qu'un tiers des médiateurs en santé ayant participé ressentait un manque de reconnaissance et de reconnaissance de leurs compétences de la part des partenaires tels que les professionnels de santé et du travail social, les services déconcentrés de l'État, les élus, etc. De même 28% ne se sentaient pas reconnus en interne dans leurs structures et 17% avaient ce même sentiment par rapport aux publics accompagnés.

L'analyse effectuée dans le cadre de l'étude a fait ressortir un certain nombre de facteurs associés à une meilleure reconnaissance des médiateurs en santé auprès de leurs partenaires tels que le fait d'avoir une situation financière perçue comme stable, bénéficier d'un soutien de l'encadrement de leur structure d'exercice, avoir accès à des analyses de la pratique, disposer d'un sentiment de reconnaissance auprès des publics accompagnés, le sentiment de reconnaissance de l'utilité de la médiation en santé, et la reconnaissance de la place de tiers par les partenaires.

En effet, selon les résultats de l'étude C-PRO-MS plus de 70% des médiateurs ayant participé ont exprimé des besoins nécessaires à l'exercice de leur poste. Les médiateurs en santé ont déclaré un besoin de formation (32%), un salaire acceptable (26%), ainsi que la nécessité d'être écouté et soutenu (17%) et/ou la pérennisation de leur poste (17%).

À l'occasion des groupes de travail avec les directions et coordinations, la première attente concernant la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane était celle de travailler à la reconnaissance du métier de médiateur en santé. Celle-ci a été évoquée comme étant primordiale pour un bon exercice de la profession de médiateur en santé et a été mise en relation avec le niveau de formation et son caractère diplômant.

Un certain nombre d'éléments peuvent permettre de favoriser la reconnaissance du métier de médiateur en santé et notamment l'intitulé de poste, les missions associées ou encore la situation financière. Les réponses aux questionnaires permettent d'avoir un regard sur ces éléments en Guyane. Un développement spécifique sera dédié à la formation professionnelle.

a. Intitulés de poste

Ainsi l'un des éléments que nous pouvons associer à la reconnaissance du métier de médiateur en santé est l'intitulé de poste. En effet, la reconnaissance passe d'abord par une bonne dénomination de la fonction du professionnel et une bonne identification de ce dernier et des missions qui lui incombent en interne aux structures ainsi que par les partenaires et les publics accompagnés.

En Guyane, nous retrouvons une large gamme d'intitulés de postes pour les professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé avec tout de même une prédominance nette de l'intitulé "médiateur en santé" (58%), suivi de l'intitulé "médiateur en santé/animateur.rice" (8%), "agent administratif" (7%) et "animateur d'actions" (7%).³²

La catégorie "agent administratif" correspond aux médiateurs en santé employés par les centres hospitaliers. Cela est lié au fait que la profession de médiateur en santé n'existe pas dans la grille indiciaire hospitalière et est donc rattachée à la catégorie « adjoint administratif hospitalier ». Cependant, ces professionnels exercent bien des missions de médiateurs en santé pour la plupart et bénéficient pour certains en interne à leur service de fiches de postes/missions le précisant.

Nous retrouvons dans le tableau ci-dessous l'intégralité des intitulés de postes cités par les répondants à l'enquête et leur récurrence :

Quel est l'intitulé de poste de vos médiateur.rice.s en santé ?	Nombre par catégorie	Pourcentage
Médiateur.ice en santé	65	58%
Médiateur.ice en santé/animateur.ice	9	8%
Agent administratif	8	7%
Animateur.ice d'actions	8	7%
Animateur.ice	4	4%
Médiateur.ice social	4	4%
Médiateur.ice interculturel	3	3%
Mobilisateur urbain	3	3%
Agent de service hospitalier	2	2%
Médiateur.trice/interprète	2	2%
Intervenant de terrain	1	1%
Adjoint administratif	1	1%
Médiateur en santé-accueillant	1	1%
Médiateur.ice en santé/médiateur.ice sociale/animateur.ice	1	1%
Médiateur.trice culturel	1	1%

La pluralité de ces intitulés de poste pour des professionnels exerçant des missions similaires peut contribuer à brouiller les pistes et pose notamment la question du processus encore inachevé d'institutionnalisation et de reconnaissance du métier de médiateur en santé.

³² Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposions par ailleurs concernant les structures et services comportant une étoile (*) (DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village).

Cependant, parmi les structures et services ayant répondu au questionnaire au niveau régional, 85% ont affirmé que leurs médiateurs en santé bénéficient de fiches de postes dédiées contre 15% qui n'en bénéficient pas, ce qui est un résultat encourageant.

À titre comparatif, au niveau national, l'intitulé de poste majoritaire est « médiateur en santé ». Il est par ailleurs davantage marqué pour les structures menant des actions en santé (70,7%) et les structures menant des actions sociales (66,8%). De plus, le terme « médiation » n'était présent que dans 44,4% des intitulés des postes de médiateur en santé des établissements sociaux et médico-sociaux alors qu'il apparaissait dans plus de 75% des intitulés de postes dans les autres types de structures.

b. Missions des médiateurs en santé

À propos des **missions** des médiateurs en santé ou professionnels ayant des prérogatives proches, elles sont nombreuses, un tri par mots/notions clefs a été effectué afin de pouvoir les analyser.

Le mot/notion clef étant revenu le plus souvent (11 fois) parmi les missions citées est l'**accès au droit ou l'information sur l'accès au droit** suivi de près par l'**accompagnement** au sens large cité 10 fois contre 2 fois pour l'**accompagnement physique**. **Orienter** et **informer** sont également largement revenus dans l'éventail de missions des médiateurs (respectivement cités 10 et 9 fois). Une des thématiques étant également largement revenue est la **prévention, promotion de la santé et éducation à la santé** (8 fois). Les notions d'**accès aux soins/information pour l'accès aux soins, aller-vers, animation, remontée d'information du terrain vers les professionnels ou les institutions** et d'**approche interculturelle/favoriser l'entente entre les parties** ont chacune été mentionnés 5 fois. Les notions de **partenariat** (4 mentions), **d'accueil** (3 mentions), **d'autonomisation** (3 mentions) et **d'interprétariat** (1 mention) sont également revenues.

Bien que les terminologies employées ne soient pas toujours identiques, l'analyse des missions apparaît plutôt cohérente avec la description qu'en fait le référentiel de la médiation en santé de la Haute Autorité de Santé pour la majorité des structures même si pour certaines d'entre elles un travail de précision semble nécessaire.

Le référentiel de la HAS met en avant 4 axes du métier de médiateurs en santé. Les réponses obtenues viennent souligner que tous les médiateurs n'exercent pas obligatoirement les missions liées à chaque axe. Cela vient ainsi interroger les limites de l'exercice du métier de médiateur en santé. À partir de quand suis-je ou ne suis-je plus médiateur en santé ? Quel est le socle minimum de ces 4 axes qui permettent d'indiquer que je suis médiateur en santé ? Dois-je exercer les 4 axes pour être médiateur en santé ?



c. *Situation professionnelle et financière des médiateurs en santé (type de contrat, grille salariale, salaire médian, convention collective)*

La situation financière réelle et perçue des médiateurs en santé et leur situation professionnelle, influent sur la reconnaissance et le sentiment de reconnaissance. Dès lors, il nous paraît pertinent de nous intéresser aux types de contrat des médiateurs, aux grilles salariales et aux salaires médians.

Ainsi en Guyane, concernant les 109 médiateurs en santé pour lesquels les employeurs ont répondu au questionnaire, la majorité sont en CDD (55%) contre 45% en CDI. De même, 97% de ces médiateurs en santé sont à temps plein contre 3% à temps partiel.

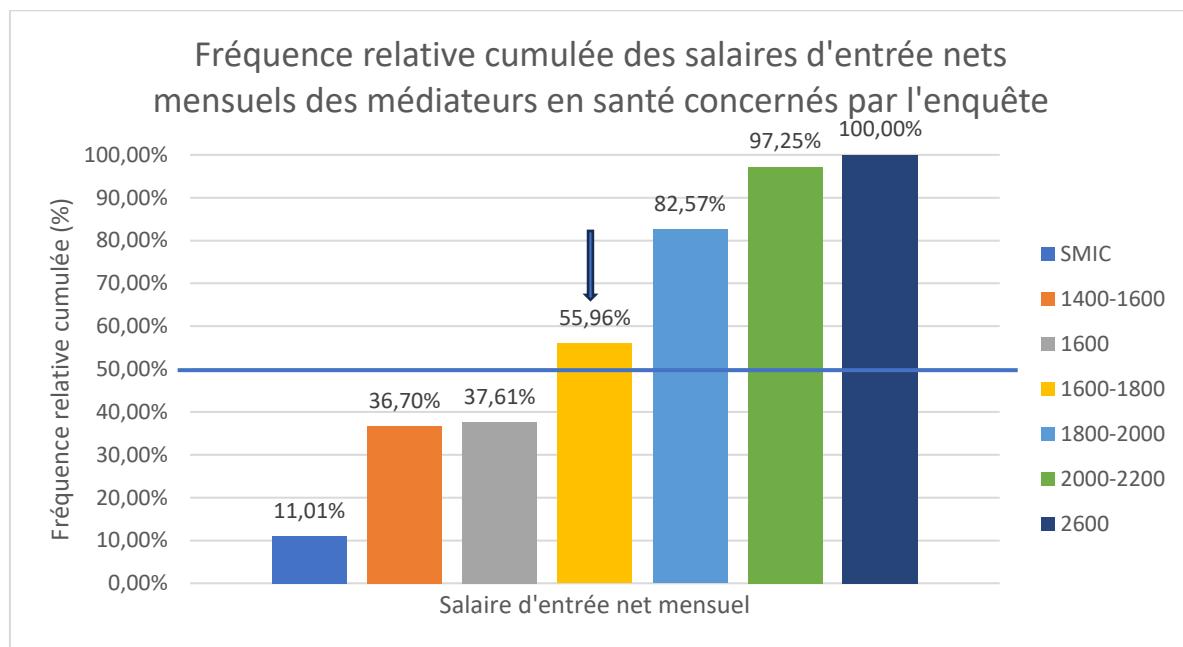
Ainsi, un constat d'une profession encore majoritairement précaire peut être posé du fait de la prédominance des emplois temporaires dans le domaine. En revanche la quasi-totalité de ces médiateurs exercent à temps plein (97%).

À l'échelle nationale, la majorité des participants étaient en CDI (66%) et 32% étaient en CDD, les autres étant en emploi aidé ou vacataire. En revanche, plus des deux tiers des médiatrices et médiateurs en santé étaient à temps complet (70%) contre 30% à temps partiel.

Par ailleurs, neuf des vingt-six structures et services (35%) ayant répondu au questionnaire ont indiqué posséder une grille salariale dans laquelle les médiateurs en santé sont représentés, ce qui est relativement faible. Ainsi 65% des médiateurs en santé concernés par l'enquête ne sont pas représentés dans les grilles salariales de leurs structures d'exercice.

Concernant l'étude C-PRO-MS une grille de salaire représentant les médiateurs en santé existait pour 43% des structures ayant répondu.

Au sujet des niveaux de rémunération, d'après les réponses apportées par les structures au niveau régional, le salaire médian d'entrée des professionnels exerçant des missions de médiation en santé sur le territoire se situe entre 1600€ et 1800€ net mensuel.



De manière similaire, à l'échelle nationale, le salaire net mensuel médian était de 1 620 avec un taux horaire net médian de 11,10 euros. Cependant, le coût de la vie n'étant pas équivalent entre la France hexagonale et les DOM-TOM, le pouvoir d'achat des médiateurs en santé exerçant en Guyane semble être moindre. De plus, la médiane en Guyane pourrait être favorablement influencée par les structures proposant une prime mensuelle de « vie chère » (secteur public, associations nationales, etc.).

2. La formation des médiateurs en santé

La formation et le niveau de formation des médiateurs en santé sont également des éléments influant sur la reconnaissance. Ils constituent des facteurs primordiaux pour le bon exercice par les médiateurs de leur profession et sont gage d'un accompagnement qualitatif pour les publics.

Les médiateurs ont pu faire remonter un certain nombre de besoins à ce sujet :

- Besoin de formation continue permettant la montée en compétences
- Besoin d'un suivi des acquis des formations
- Besoin de formations thématiques permettant une mise à jour ou un renforcement sur certains sujets tels que les techniques de communication, l'aller-vers, l'ouverture de droits, mais aussi des enjeux tels que la maîtrise de l'outil informatique ou la maîtrise de l'écrit professionnel
- Besoin d'une meilleure connaissance de l'administration, du système de santé et des droits

Concernant la formation et le niveau de formation des médiateurs en santé en poste, sur les 26 structures, antennes et services ayant répondu à l'enquête au niveau régional, la grande majorité (23) ont indiqué que leurs médiateurs en santé avaient suivi une formation spécifique à la médiation en santé.

Ainsi, 77% de ces médiateurs ont suivi le DU Médiation en Santé de l'Université de Guyane tandis que 20% ont suivi le Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs de l'Intérieur, leur permettant également par la suite de valider le DU Médiation en Santé via une passerelle. Enfin, 3% ont été formés via le Programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique de l'IMEA (2000-2005) et 1% via l'IRDTS.

Formation suivie	Proportion
DU Médiation en Santé de l'Université de Guyane	77%
PAFMSTI	20%
IMEA	3%
IRDTS	1%

Par ailleurs, 3 structures, antennes ou services ont indiqué que leurs médiateurs n'avaient pas suivi de formation spécifique, ce qui représente un total de 10 médiateurs.

Ainsi, la quasi-totalité des médiateurs en santé concernés par les réponses à l'enquête ont suivi une formation leur permettant de connaître, comprendre et exercer leurs missions. Cependant la validation d'un diplôme universitaire ne confère pas de niveau d'étude, ce qui peut notamment

influer sur la position des médiateurs en santé dans les grilles salariales de leurs structures employeuses et ainsi sur leurs niveaux de rémunération.

Selon les résultats de l'étude C-PRO-MS, deux tiers des participants diplômés étaient détenteurs d'un diplôme universitaire de médiation en santé. Les participants en formation au moment de l'enquête étaient majoritairement en train de suivre une Licence de médiation en santé pair (48%) ou le D.U. de médiation en santé (24%). Parmi ces personnes suivant une formation en médiation en santé, 64% ont précisé que celle-ci était certifiante (33% de l'Université Sorbonne Paris Nord et 17% de l'Université de Bordeaux), et 27% ont déclaré qu'elle leur avait permis de bénéficier d'une évolution de salaire.

De manière générale, selon le CPMS l'offre de formation en médiation en santé en France est insuffisante, disparate et inégalement répartie sur le territoire pour couvrir les besoins. De plus, il n'existe pas de durée ou de contenu de référence permettant de garantir la qualité des formations.

Par ailleurs, les employeurs ayant répondu à l'enquête au niveau local ont indiqué que 33% des médiateurs avaient suivi une formation avant d'intégrer leur structure tandis que 67% ont suivi une de ces formations après avoir intégré leur structure de travail actuelle. Ainsi, les structures d'exercice semblent jouer un rôle clef dans la formation des médiateurs en santé.

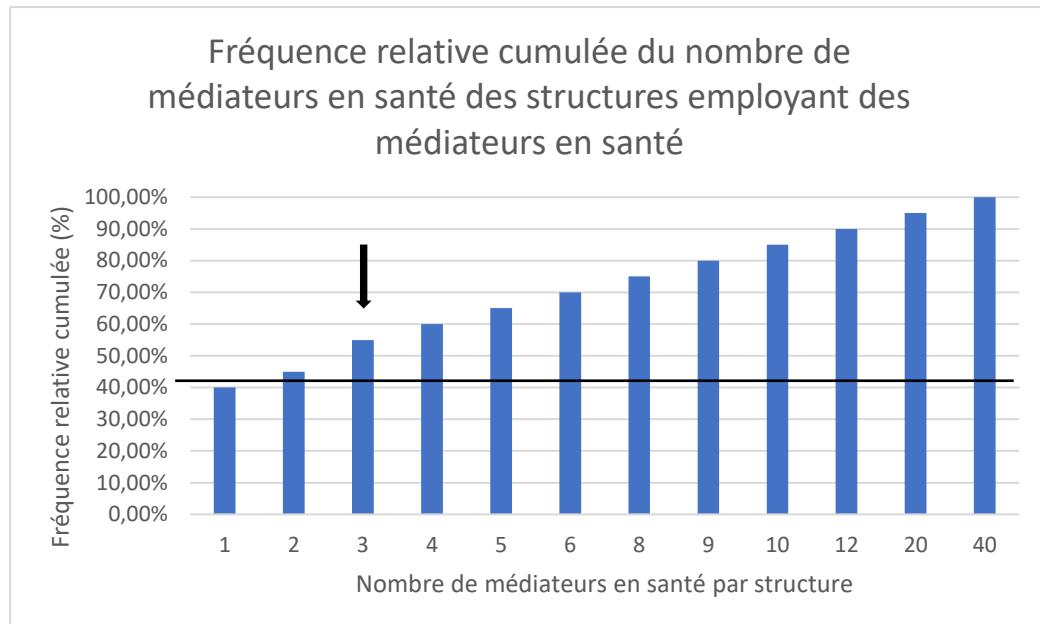
Sur les 26 répondants, 11 structures, antennes et services ont indiqué que les formations suivies par les médiateurs en santé après embauche avaient été financées via leurs **Organismes Collecteurs de Fonds de Formation**, dont les principaux cités sont Uniforformation et l'OPCO Santé. Concernant les autres sources de financements des formations 5 répondants ont indiqué qu'elles avaient été financées sur fonds propres et 4 via les budgets des actions/subventions.

3. L'accompagnement professionnel et soutien des médiateurs en santé

La profession par sa nature, les types de publics accompagnés, les missions y afférent, etc., expose les médiateurs en santé à des situations humaines complexes. L'exercice de la profession nécessite ainsi un suivi et un accompagnement des médiateurs en santé aussi bien en interne à leurs structures employeuses qu'en externe par des tiers qualifiés.

En interne aux structures, une partie de cet accompagnement peut relever de la présence d'un coordinateur de proximité ou d'un exercice non-solitaire de la profession qui peut être caractérisé par la présence de plusieurs médiateurs en santé au sein de la structure.

Ainsi, si au niveau national la médiane du nombre de postes de médiateurs en santé par structure est de 1, pour la Guyane, selon l'analyse des résultats de l'enquête complétés par les informations dont nous disposions par ailleurs, la médiane serait de 3.



Par ailleurs, parmi les 26 répondants au questionnaire en Guyane, 22 ont indiqué que les médiateurs en santé travaillant dans leurs structures, antennes ou services travaillaient en équipes pluridisciplinaires, c'est-à-dire en présence d'autres professionnels généralement du secteur sanitaire et social. On retrouvera ci-dessous la liste des professionnels cités ainsi que leur récurrence.

Professionnels composant les équipes pluridisciplinaires	Nombre de mentions
Médecins	15
Infirmiers/IDE	15
Travailleurs sociaux (AS, ASS, etc.)	8
Psychologues	7
Chargés de projets/missions	4
Cadres de santé	2
Agents d'accueil et de secrétariat	3
Coordinateurs	3
Médiateurs en santé	3

Éducateurs spécialisés	1
Sage-femme	2
Médiateur social	1
Logisticiens	1
Diététiciens	1
Enseignants en activité physiques adaptée	1
Sexothérapeute	1
Juristes	1
Assistante	1
Psychiatre	1
Bénévole	1

Une autre dimension de cet accompagnement que nous avons pu quantifier au travers du questionnaire est la participation des médiateurs en santé à des dynamiques de réseau professionnel et dispositifs d'accompagnement qui leur sont destinées.

Ainsi, 8 employeurs ayant répondu à l'enquête ont indiqué que leurs médiateurs participaient à ces dispositifs. Les réseaux cités sont le Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV (5), le Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en santé du territoire de l'Intérieur (1), le Réseau Kikiwi (1) et le réseau animé par Guyane Promo Santé en promotion de la santé (1). Cependant, les résultats à cette question sont faussés par le fait que 17 structures, services ou antennes n'y ont pas répondu. Nous savons, par la présence des médiateurs en santé aux dispositifs que les associations ADER Guyane et CRPV animent que les médiateurs en santé de la grande majorité des structures identifiées y participent de manière régulière.

Enfin un autre versant de l'accompagnement des médiateurs en santé est l'accès à l'analyse de pratiques, qui peut se faire en interne aux structures ou en externe, notamment à l'occasion des journées de réseau. Nous pouvons également citer la supervision professionnelle comme autre forme d'accompagnement.

En plus des échanges informels qui ont pu être menés à ce sujet au long des travaux de préfiguration de la stratégie et dans le cadre des projets respectifs des membres du consortium, le CRPV a pu récolter quelques données, à l'occasion de la première journée de réseau 2024 du RMSL à Cayenne, pouvant servir d'illustration des pratiques mises en œuvre dans les structures.

Sur les 17 médiateurs en santé présents, 8 médiateurs bénéficiaient de séances d'analyse de la pratique au sein de leur structure (3 structures sur 10 représentées), d'autres bénéficiaient de supervision professionnelle en interne à leur structure (1 structure et volonté de le mettre en place

pour 1 autre structure) ou encore de réunions pluriprofessionnelles. Les médiateurs présents à la journée de 2 des 3 structures proposant de l'analyse de pratique n'en sont pas satisfaits (format, intervenant, etc.) À noter, la plupart du temps, quand une analyse de la pratique ou une supervision est proposée, elle est animée par un psychologue. Les avis sur l'intérêt de telles séances sont assez partagés : certains apprécient beaucoup quand d'autres ne voient pas l'intérêt.

Ainsi, en considérant les médiateurs qui ne bénéficient pas d'analyse de la pratique dans leur structure et ceux qui ne sont pas satisfaits de celle qui leur est proposée, la marge de progression semble importante. Il existe un enjeu de détermination du bon intervenant et du bon format afin que les médiateurs y trouvent un réel intérêt.

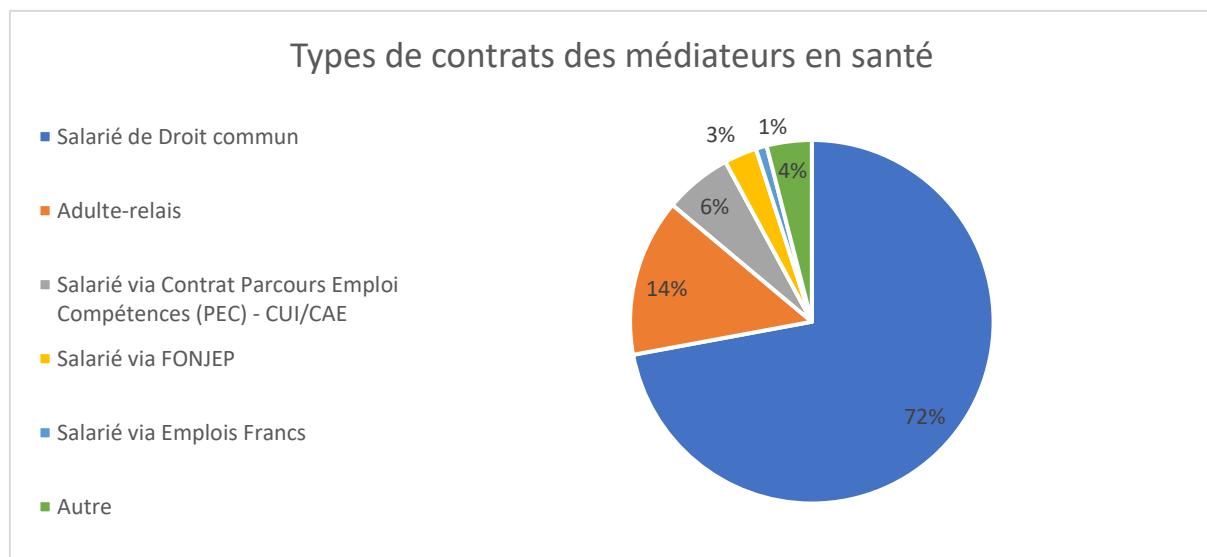
On peut notamment en conclure l'avantage existant à proposer des séances d'analyse de la pratique en externe aux structures dans le cadre de la stratégie compte tenu des manques repérés au niveau d'un certain nombre de structures.

4. La pérennisation des postes

La question de la pérennisation des équipes de médiation en santé sur le territoire interroge le modèle de financement des postes, des structures qui les portent et de leur stabilité.

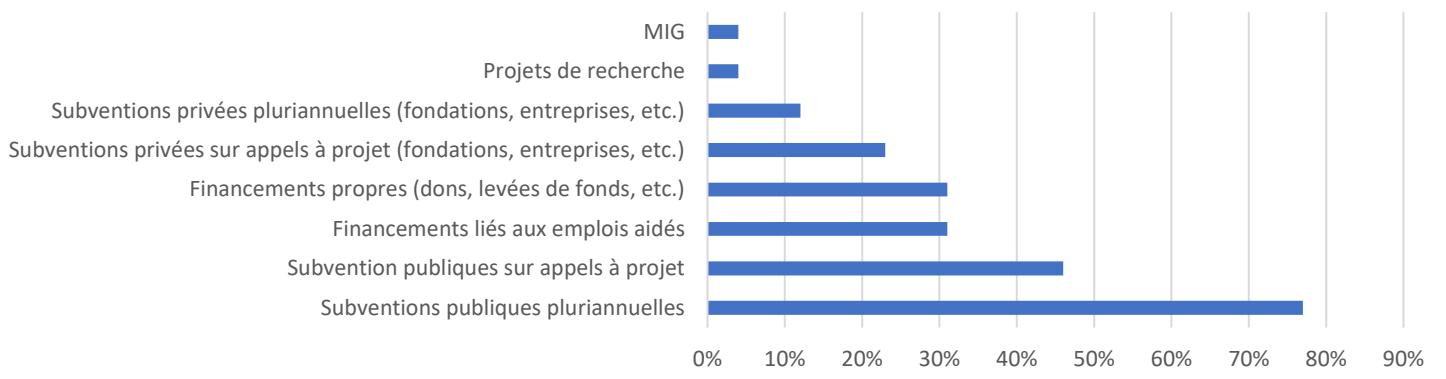
a. Financement des postes de médiateurs en santé

Nous pouvons constater sur le territoire guyanais, à propos des 109 médiateurs en santé concernés, que près d'un quart (24%) des postes de médiateurs en santé reposent sur des dispositifs d'aide à l'emploi temporaires tels que les contrats adulte-relais (durée maximum de 3 ans renouvelable une fois), contrats PEC (durée maximum de 1 an renouvelable pour un durée de 1 an maximum), FONJEP (3 ans maximum renouvelable sous certaines conditions), ou encore emplois francs (3 ans maximum pour CDI, 2 ans pour CDD). Ces données montrent la nécessité d'amorcer une réflexion sur le modèle économique permettant le financement stable et pérenne des postes des médiateurs en santé en dehors de ces dispositifs.



Concernant le financement des postes des médiateurs en santé, la plupart des services, antennes et structures ayant répondu au questionnaire ont indiqué avoir plusieurs sources de financement. Ainsi, les postes de médiateurs en santé semblent être principalement financés via les subventions publiques pluriannuelles (77%), suivies par les subventions publiques sur appels à projet (46%), les financements liés aux emplois aidés (31%), les financements propres (31%), les subventions privées sur appels à projet (23%), les subventions privées pluriannuelles (12%) et enfin les projets de recherche et les MIG (respectivement 4%).

Sources de financement des postes de médiateurs en santé au sein des structures



À l'échelle nationale, la moitié des structures ayant répondu à l'enquête percevaient de multiples financements pour un seul poste de médiateur en santé d'une durée médiane d'un an. En Guyane, les postes de médiateurs en santé au sein des structures sont également financés par de multiples sources de financement, cependant nous ne disposons pas de la donnée concernant le financement poste par poste au sein de chaque structure. En revanche en analysant les réponses des 6 structures, antennes et services ayant déclaré n'avoir qu'un seul médiateur en santé, la moitié ont indiqué disposer de deux ou trois sources de financement pour un poste de médiateur en santé.

Bien que la pluralité des sources de financement pourrait être le témoin d'un large intérêt des bailleurs pour la médiation en santé, de multiples sources de financement pour un seul poste de médiateur en santé témoignent davantage d'un morcellement et des efforts importants devant être fournis par les structures pour aller chercher ces diverses sources de financement, ce qui est peu propice à la pérennisation des postes.

Pour financer ces postes de médiateurs en santé, la majorité des structures ayant répondu à l'étude C-PRO-MS (89%) bénéficiaient d'un financement d'une Agence Régionale de Santé (ARS). Pour la Guyane, 85% des structures, antennes ou services ayant répondu à l'enquête ont indiqué être financés par l'ARS de manière générale.

b. Modèle économique des structures déployant la médiation en santé sur le territoire

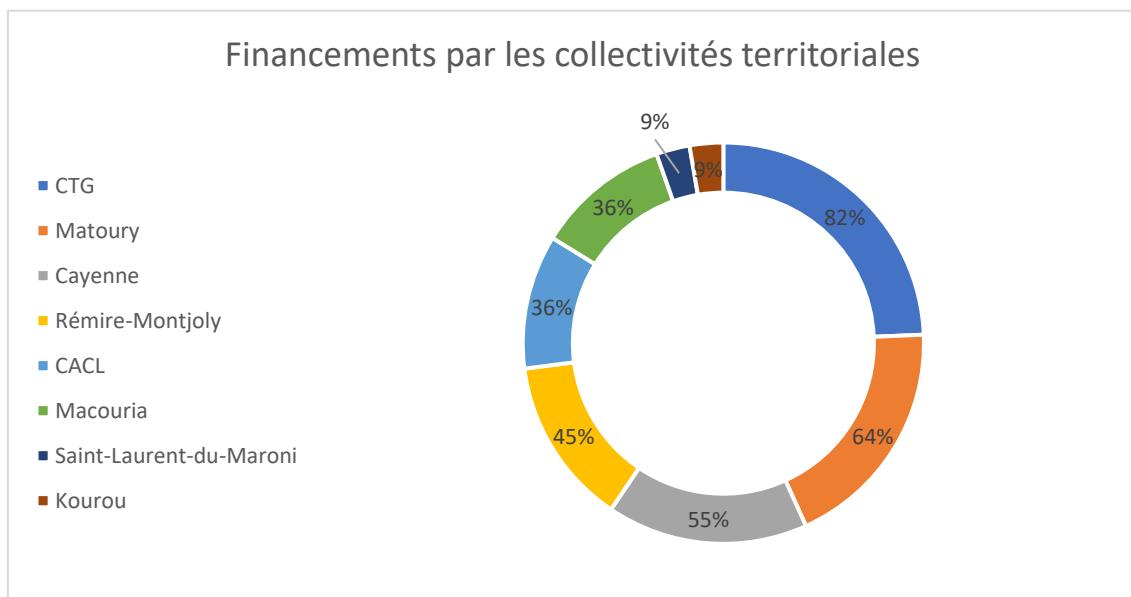
En ce qui concerne le modèle économique des structures déployant des actions de médiation en santé, 85% des répondants ont indiqué recevoir des financements de la part de l'ARS Guyane et 64% de ces répondants bénéficient d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) avec l'ARS.

73% des répondants au questionnaire ont indiqué être également financés par l'État au niveau local. La Préfecture a principalement été citée via notamment les crédits politique de la ville (dont 8 structures via les CLS), le plan pauvreté ou le dispositif adulte-relais, mais aussi via les appels à projet au niveau local tels que ceux de la DILCRAH, la DRDFE ou encore le FIPD.

Au niveau national, 14% des structures ayant répondu à l'enquête ont respectivement indiqué être financées pour leurs actions de médiation en santé via la préfecture et les crédits politique de la ville

Par ailleurs, 12 des 26 répondants ont indiqué être financés par des Caisses et Agences Nationales, principalement par l'ANCT (6) et la CAF (5) et secondairement par la CPAM (3) et la CGSS (2). À noter que certains répondants sont financés par plusieurs de ces Caisses et Agences simultanément. Selon les résultats de l'étude C-PRO-MS 14% des structures ont indiqué que leurs actions de médiation en santé étaient notamment financées par la CPAM.

Au sujet des collectivités territoriales, 11 des 26 répondants sont financés par des collectivités territoriales avec en première place la CTG (citée 9 fois), la commune de Matoury (7), la commune de Cayenne (6), la commune de Rémire-Montjoly (5), la CACL (4), la commune de Macouria (4), Saint-Laurent-du-Maroni (1) et Kourou (1).



Au niveau national, 17% des structures ayant répondu à l'enquête C-PRO-MS ont indiqué être financées par des collectivités territoriales pour leurs activités de médiation en santé et 6,1% par les régions.

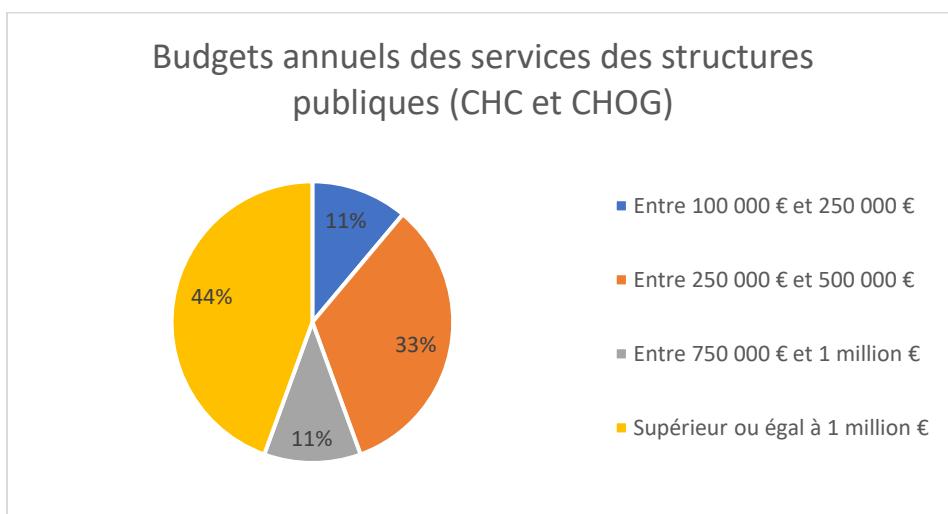
En outre, seulement 27% des structures ont indiqué être financées sur fonds propres. Ces structures ont cité comme types de fonds propres les prestations, les levées de fonds, les cotisations, les adhésions, les legs et les donations. À l'échelle nationale, ce sont 12% des participants qui ont indiqué que la médiation en santé dans leur structure était financée par des sources internes.

Enfin, concernant les fonds privés, 46% des répondants ont déclaré être financés par ce biais, contre 21% au niveau national. Ces répondants bénéficient principalement de financements venant de fondations.

c. Budgets annuels des structures déployant la médiation en santé sur le territoire

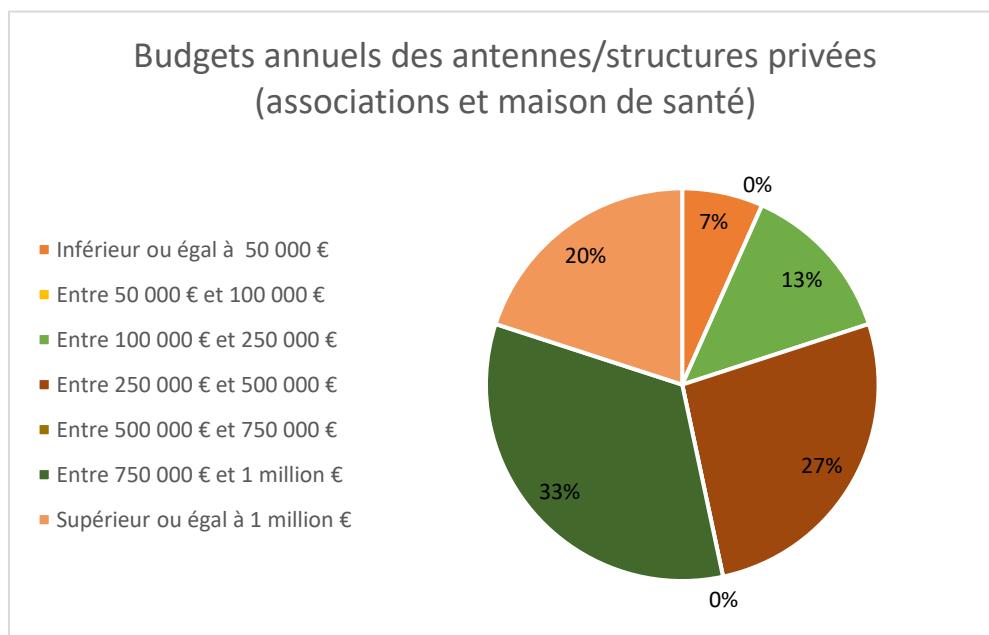
Finalement, en termes de budget annuel des structures, antennes et services, les réponses données sont récapitulées dans les deux graphiques ci-dessous représentant pour l'un les budgets annuels des structures publiques et de leurs services (CHC et CHOG) et de l'autre les budgets annuels des structures privées (associations, maisons de santé).

Le Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly ont tous deux des budgets annuels généraux supérieurs à 1 million d'euros. Le graphique ci-dessous représente les budgets annuels renseignés pour leurs services et antennes³³ employant des médiateurs en santé. Ainsi, la majorité (44%) des services des centres hospitaliers employant des médiateurs en santé ont déclaré avoir un budget annuel supérieur ou égal à 1 million d'euros tandis que 33% ont un budget annuel compris entre 250 000€ et 500 000€.



³³ Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon (Pôle Santé Mentale, PASS, CDPS, EMSPEC, DRISP) et Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly (EMAS, Cabinet de Santé, Département de Santé Publique, Pôle Santé Mentale).

Concernant les 15 structures, services ou antennes du secteur privé (associations et maisons de santé), la plupart (33%) ont indiqué disposer de budgets annuels compris entre 750 000 € et un million d'euros, il s'agit exclusivement d'associations locales. De plus, 27% ont déclaré avoir un budget annuel compris entre 250 000€ et 500 000€, il s'agit de deux associations locales et deux antennes d'une association à portée nationale. Par ailleurs, 20% des répondants ont un budget annuel supérieur à 1 million d'euros, il s'agit d'une association locale et deux associations ayant une portée nationale. Enfin, deux antennes d'une même association locale ont chacune déclaré avoir un budget annuel compris entre 100 000€ et 250 000€ tandis qu'une maison de santé a déclaré avoir un budget inférieur ou égal à 50 000 €.



5. Le besoin supplémentaire de médiateurs en santé

En lien avec le quatrième axe stratégique préidentifié dans la feuille de route qu'est le renforcement des équipes de médiateurs, la question des besoins en médiateurs supplémentaires et de leur quantification a été posée aux directions et coordinations des structures déployant des actions de médiation en santé dans le cadre de l'enquête menée auprès de cette dernière³⁴.

Ainsi, sur les 26 structures, antennes et services ayant répondu au questionnaire et déployant d'ores et déjà de la médiation en santé, 23 ont exprimé le besoin de renforcer leurs équipes de médiateurs en santé.

Au niveau national, selon les résultats de l'étude C-PRO-MS, plus d'un tiers des structures se déclarait en sous-effectif de médiateurs en santé.

³⁴ Les questions de l'enquête et l'analyse des résultats de cette dernière sont disponibles en annexe n°8 et 9

La majorité des répondants (10) ont indiqué avoir besoin de deux médiateurs supplémentaires, tandis que 4 répondants ont indiqué avoir besoin d'un médiateur supplémentaire et quatre autres de 5 médiateurs et plus. Enfin, deux répondants ont déclaré avoir besoin de 3 médiateurs et deux autres de 4 médiateurs en santé.

Au total, les besoins en médiateurs en santé supplémentaires des répondants au questionnaire s'élèvent à plus de **58 postes**.

En termes de justification, la moitié des répondants a précisé que leur besoin était en rapport avec le fait que leurs effectifs actuels ne permettaient pas de couvrir la demande ou qu'ils faisaient face à une augmentation de leur charge de travail. Par ailleurs, 6 répondants ont justifié ce besoin par une volonté de renforcer ou développer leurs actions existantes, tandis que 5 ont mentionné la volonté de couvrir de nouveaux publics ou territoires d'intervention.

Selon les réponses données, les missions de ces médiateurs supplémentaires seraient majoritairement les mêmes que celles des médiateurs déjà en poste (9 répondants) ou seraient en lien avec le développement souhaité des nouvelles actions (6 répondants). Enfin, pour 4 répondants ces nouveaux médiateurs auraient des missions en lien avec le renforcement et/ou la pérennisation des équipes et/ou actions.

Concernant les nouveaux publics visés par ces besoins de médiateurs supplémentaires, les réponses sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Publics visés par ces besoins	Nombre de mentions
Femmes/femmes-enfants	2
Communauté LGBTQIA+	2
Travailleurs.euses du sexe	2
Tous publics	2
Public consommateur de produits psychoactifs	1
Pédopsychiatrie + addictologie	1
Patients sous mains de justice	1
Jeunes en situation de handicap	1

Enfin, concernant les nouveaux territoires d'intervention visés par ces besoins, les réponses données sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Territoires d'intervention	Nombre de mentions
Iracoubo	3
Sinnamary	2
Kourou	1
Savanes	1
Saint-Laurent-du-Maroni (quartiers prioritaires Charvein, Acarouany)	1
Maripasoula	1
Apatou	1
Javouhey	1
CACL	1
Saint-Georges	1
CACL	1
Tout le territoire	2

Cependant, il est à noter que le diagnostic des besoins qui ressort de l'analyse de cette enquête ne concerne que les besoins supplémentaires des structures/services disposant déjà de médiateurs en santé et ne vise pas les structures/services n'ayant pas encore recours à la médiation en santé.

Au regard, du diagnostic du territoire et des besoins remontés par les acteurs de la médiation en santé, le consortium a construit un plan d'action permettant de répondre aux attentes et enjeux soulevés, présenté dans la partie suivante.

PARTIE IV : Organisation de la stratégie régionale de la médiation en santé

Pour donner suite à la réalisation du diagnostic, une seconde phase de travail a été initiée concernant l'élaboration de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé : sa structuration et son opérationnalisation. En effet, les données recueillies ont permis à la précision des axes stratégiques pré-identifiés et à la création d'un programme d'actions opérationnel à partir des éléments issus de l'effort de co-construction de la stratégie avec les acteurs de la médiation en santé (médiateurs en santé, directions et coordination des structures employeuses) et du travail de réflexion du consortium.

I. Structuration de la stratégie

Afin de répondre au second volet de la lettre de mission de l'ARS « Proposition d'une structuration *ad hoc* adaptée en Guyane, très rapidement opérationnelle », nous avons sollicité l'expertise du cabinet TGS France sur la base des premières réflexions issues du consortium et des groupes de travail avec les acteurs de la médiation en santé.

1. L'accompagnement par le cabinet

L'accompagnement par le cabinet relève de plusieurs étapes permettant de s'assurer du partage d'une même vision par les acteurs afin de pouvoir mener une réflexion collective et partagée sur le devenir.

Les différents ateliers ont permis d'interroger :

- La stratégie de coordination
- La structuration juridique fonctionnelle

La stratégie de coordination recouvre notamment une vision partagée sur un état des lieux du territoire, des enjeux et des défis à relever afin de définir ce que sera la structure porteuse de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé et ce à quoi elle servira. Cette réflexion nous a menés à l'écriture de notre raison d'être :

« Nous sommes un animateur / un accompagnateur / un appui de la politique publique, assurant le déploiement cohérent, coordonné et qualitatif de la stratégie de la médiation en santé pour les acteurs et les usagers de la médiation en santé ainsi que les institutions afin de garantir une couverture totale et professionnelle du territoire »

La structuration juridique fonctionnelle quant à elle vise à réfléchir précisément à l'organigramme de fonctionnement et aux rôles et missions de chacun en interrogeant : la gouvernance, le pilotage des projets et la maîtrise du service support.

Dans le cadre de la gouvernance ont été travaillés les organes de la gouvernance, l'autonomie, la prise de décision, la responsabilité. Dans le cadre du pilotage de projet ont été travaillés la politique de pilotage de projet, les indicateurs de performance, la méthode de coordination des projets ainsi que le financement. Les fonctions supports ont quant à elle permis d'interroger les ressources humaines, l'administration et la communication et le système d'information.

Il s'agissait pour chacune de ces thématiques d'en comprendre la place et l'impact sur le choix d'un modèle ou d'un autre et *in fine* sur la réalisation du projet.

2. Les propositions

À la suite de ces ateliers, le cabinet nous a présenté trois structurations possibles de la stratégie régionale de la médiation en santé avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Tableau comparatif de chaque structuration³⁵ :

	CONSORTIUM	GROUPEMENT DE COOPERATION	ASSOCIATION
Fondement législatif	Aucun	Loi 2002, 2005, 2009, 2010 et 2011	Loi 1901 et code civil
Objet	Liberté contractuelle	Volonté de coordination. Vise à promouvoir les valeurs de cohésion, d'entraide et de partage des pratiques.	Liberté contractuelle Possibilité de constituer une structure porteuse d'une coopération sanitaire ou médico-sociale
Domaine d'activités	Tous domaines	Compétences partagées Mutualiser les moyens Fédérer autour d'objectifs communs Créer un lieu d'échange des pratiques Répondre à l'isolement des acteurs Être une référence auprès du territoire	Tous domaines
Statut juridique	Absence de personnalité morale (PM) Contrat administratif si convention conclue entre PM privée et PM publique	Personne morale De droit privé ou de droit public selon ses membres	Personne morale de droit privé
Modalités de coopération	Convention de coopération (cocontractants, objet, zone d'intervention, entrée/ sortie.)	Convention constitutive soumise à déclaration au préfet et enregistrement auprès de l'ARS Publication par le DG ARS au recueil administratif	Statuts associatifs

³⁵ Tableau comparatif réalisé par le cabinet TGS France dans le cadre de l'accompagnement du consortium de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé.

Avantages et Inconvénients de chaque structuration³⁶ :

**GROUPEMENT DE COOPERATION SOCIALE ET MEDICO SOCIALE
COOPERATION FONCTIONNELLE**

Personnalité morale
Ouvert aux structures du secteur sanitaire, médico-social et social
Ne peut pas détenir d'autorisation ou d'agrément
Employeur
Financement par les membres
Responsabilité indéfinie et conjointe
Autonomie de gestion

Mission : favoriser la coopération sur un territoire en mutualisant les moyens

Ne répond pas à l'objectif de déclinaison de la politique publique sur le Territoire

**ASSOCIATION
COOPERATION FONCTIONNELLE**

Personnalité morale
Ouvert à toutes personnes physiques ou privées
Peut détenir des autorisations / agréments
Employeur
Pas de responsabilité des membres sauf faute des dirigeants
Financement élargi
Autonomie de gestion
Outil accessible et souple
Rapide à mettre en place
Ouvert à tous types d'acteur du Territoire
Engagement sur le long terme

Mission : favoriser la coopération sur un territoire et contribuer à la déclinaison de la politique publique

**CONSORTIUM
COOPERATION CONVENTIONNELLE**

Fort intuitu personae
Pas de personnalité morale
Pas de capacité à contracter (*salarié, partenariat, etc.*)
Absence de partage de responsabilité (*sauf financière*)
Absence d'autonomie de gestion
Outil accessible et souple
Rapide à mettre en place
Ouvert à tous types d'acteurs du territoire
Pas d'engagement sur le long terme

Mission : favoriser la coopération sur un territoire

³⁶ Encart réalisé par le cabinet TGS France dans le cadre de l'accompagnement du consortium de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé.

Ce travail de comparaison a produit la conclusion suivante. Le maintien d'un consortium plus adapté dans son fonctionnement aux besoins de la stratégie peut être envisagé comme une première étape (3 à 5 ans). L'expérimentation de son fonctionnement nécessitera éventuellement le passage à la création d'une association pour différentes raisons et notamment la capacité à contracter d'une telle structuration.

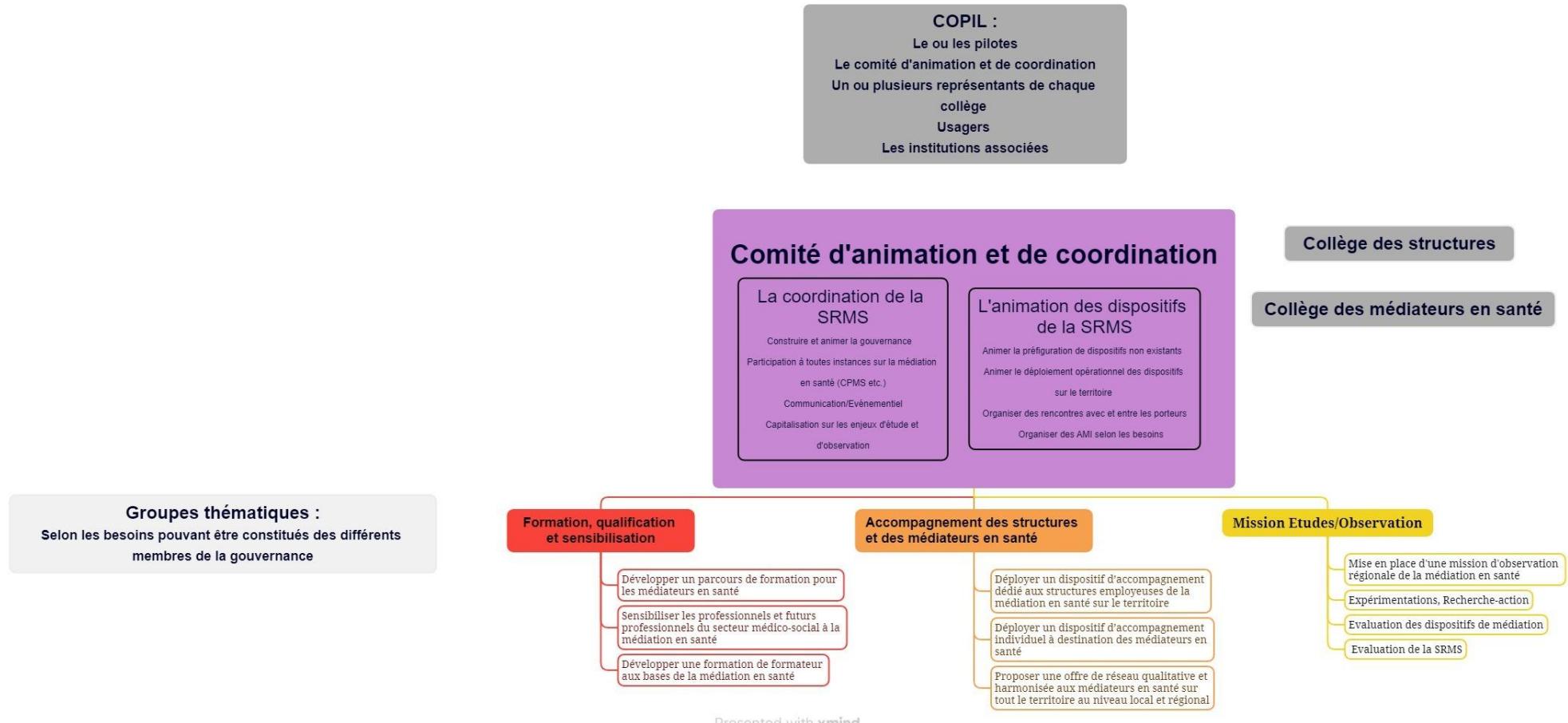
3. Le choix d'un consortium structuré

Le choix arrêté en comité de pilotage avec l'ARS a été celui d'un consortium structuré en adéquation avec les besoins de la stratégie régionale. Cette décision a permis de finaliser les travaux sur le fonctionnement concret de ce nouveau consortium attendu début 2025.

a. Schéma de la Stratégie Régionale de la Médiation en Santé en Guyane

Le schéma de la stratégie régionale présente le modèle de gouvernance, sa coordination et son animation ainsi que les projets qu'elle souhaite développer. Concernant la coordination et l'animation de la stratégie ainsi que les projets à déployer ou à harmoniser la partie sur l'opérationnalisation de la stratégie y est dédié.

LE CONSORTIUM DE LA SRMS



b. Le modèle de gouvernance et son fonctionnement

L'ambition était de proposer un modèle de gouvernance fluide qui ne multiplie pas les instances tout en s'assurant de la représentation de tous. Ainsi la gouvernance est constituée d'un Comité de Pilotage d'un comité d'animation et de coordination ainsi que de deux collèges, un collège des structures et un collège des médiateurs en santé.

La définition des rôles et des fonctionnements de chaque instance de la gouvernance est le fruit d'un travail conjoint entre le consortium dans sa forme actuelle et l'ARS de Guyane.

Le Comité de Pilotage

Le Comité de Pilotage est composé des membres suivants :

- L'ARS - Pilote
- Le Comité d'animation et de coordination
- Un ou plusieurs représentants des différents collèges,
- Des Usagers
- Des institutions associées.

Il se réunit au moins 1 fois par an. Il est préparé en amont par le pilote et le comité d'animation et de coordination lors d'une de ses réunions mensuelles. Le pilote et la structure en charge de la coordination de la stratégie régionale de la médiation en santé se répartissent les tâches suivantes : invitations, ordre du jour, mise à jour de la liste de diffusion, compte-rendu, émargement.

À la suite des propos introductifs du pilote, le COPIL est animé par le comité d'animation et de coordination.

Il est un espace d'échange entre les différents acteurs de la médiation en santé et permet une remontée des besoins/inquiétudes/questionnements.

- Il présente les orientations stratégiques de la SRMS
- Il fait revue des moyens affectés à la SRMS
- Il présente l'évaluation de la SRMS
- Il fait revue des projets et stratégies en cours à l'ARS et qui pourraient entrer en résonance avec la SRMS

Les différents points arrêtés à l'ordre du jour sont soumis par le pilote aux membres du COPIL. Après consultation de ces derniers, le pilote acte une décision.

Une feuille d'émargement et un compte de rendu de chaque COPIL seront complétés.

Toute structure ou personne souhaitant rejoindre le COPIL peut solliciter le pilote pour manifester son intérêt.

Le comité d'animation et de coordination

Le comité d'animation et de coordination est composé de 3 à 4 structures du territoire qui répondent à un certain nombre de critères.

Le comité d'animation et de coordination se regroupe au minimum 8 fois par an.

Il oriente et valide à une échelle opérationnelle les missions d'animation et de coordination de la stratégie régionale de la médiation en santé :

- Arrêter les priorités d'actions selon les orientations du COPIL
- Valider les méthodologies de travail
- Suivre l'avancée des travaux et réajuster au besoin
- Participer à la relecture des livrables, le cas échéant
- Valider les travaux qui seront présentés lors COPIL
- Garantir la coordination territoriale

Il prépare les COPIL avec le pilote.

Chaque structure présente au sein du comité d'animation et de coordination dispose d'une voix. Les décisions sont prises à la majorité des structures présentes lors de la réunion mensuelle.

Une feuille d'émargement et un compte de rendu de chaque réunion sont complétés.

Les structures faisant partie du comité d'animation et de coordination doivent répondre à un certain nombre de critères :

- Être disponible (présence aux réunions mensuelles du consortium, au comité de pilotage)
- Présence au sein des projets de structure d'actions/programmes en lien avec les enjeux de la médiation en santé
- Avoir une dimension régionale
- Bénéficier d'un lien avec le national et d'une autonomie locale
- Être une association déclarée en Guyane
- Signer la charte éthique de la SRMS

Pour faire partie du consortium, la structure candidate devra motiver son souhait par écrit. Les critères ne sont pas cumulatifs, mais nécessitent d'être majoritairement remplis. Les candidatures sont évaluées dans le cadre du comité stratégique et la décision est prise par le pilote. Les candidatures sont à envoyer au comité d'animation et de coordination qui les transmettra à l'ARS. L'ARS consulte le comité d'animation et de coordination pour avis et informe la structure candidate de sa décision.

Les membres font partie du comité d'animation et de coordination pour la durée de la stratégie 2025-2030. Un préavis de 2 mois est à réaliser dans le cas d'une exclusion ou démission.

Exclusion :

A minima 2 structures du comité d'animation et de coordination peuvent saisir l'ARS, sur la base d'un argumentaire, pour demander l'exclusion d'un des membres en cas de manquement opérationnel ou de comportement contraire aux intérêts de la SRMS. L'ARS se donne le droit de consulter le comité d'action et de coordination et informe la structure visée par l'exclusion de son droit de réponse. Sur la base des éléments compilés, l'ARS prend une décision.

Démission :

Une structure peut démissionner du comité d'animation et de coordination dans le cadre d'un délai de préavis de deux mois.

Collège des structures

Le collège des structures est composé de toutes structures ayant au sein de son projet de structure des actions/programmes en lien avec la médiation en santé.

Il est un espace d'échange et de réflexion sur les enjeux de la médiation en santé. Il bénéficie d'un pouvoir de saisine du COPIL. Il peut saisir par écrit le COPIL via le comité d'animation et de coordination de toutes interrogations relatives aux enjeux de la SRMS.

Il siège au COPIL dans la représentation qu'il aura préalablement définie.

Fonctionnement / Processus de décision / Intégration / Exclusion / Durée ?

Leur mode de fonctionnement et de représentation fera l'objet d'un premier travail de co-construction effectué par la structure en charge de la coordination de la SRMS. Des principes sont arrêtés pour orienter ces process : éviter des lourdeurs administratives, faciliter la présence des collèges lors du COPIL (mode de désignation participatif et agile pouvant prendre en considération les contraintes et enjeux liés à cette représentation)

Collège des médiateurs en santé

Le collège des médiateurs en santé est composé de tous salariés ou bénévoles exerçant les fonctions de médiateur en santé. Dans le cadre de cette instance, les médiateurs ne représenteront pas leur structure ou quelques intérêts individuels. Ils représentent la vision de la profession de médiateur en santé à travers le collectif de médiateurs.

Il est un espace d'échange et de réflexion sur les enjeux de la médiation en santé. Il bénéficie d'un pouvoir de saisine du COPIL. Il peut saisir par écrit le COPIL via le comité d'animation et de coordination de toutes interrogations relatives aux enjeux de la SRMS.

Il siège au COPIL dans la représentation qu'il aura préalablement définie.

Fonctionnement / Processus de décision / Intégration / Exclusion / Durée ?

Leur mode de fonctionnement et de représentation fera l'objet d'un premier travail de co-construction effectué par la structure en charge de la coordination de la SRMS. Des principes sont arrêtés pour orienter ces processus : éviter des lourdeurs administratives, faciliter la présence des collèges lors du COPIL (mode de désignation participatif et agile pouvant prendre en considération les contraintes et enjeux liés à cette représentation)

c. Le modèle économique

Le modèle économique de la stratégie régionale relève d'un financement strict de l'ARS de Guyane. Il vise le financement de la coordination et de l'animation de la stratégie régionale ainsi qu'un certain nombre de dispositifs existants et à déployer répondant aux enjeux et besoins de la profession sur le territoire.

Une matrice budgétaire a été construite afin de produire un budget global³⁷. Un accord-cadre reprendra les éléments de définition, de fonctionnement et les missions de la stratégie duquel découleront des conventions bilatérales financières entre l'ARS de Guyane et les porteurs de missions.

³⁷ La matrice budgétaire est jointe en format Excel

II. Opérationnalisation de la stratégie

Le programme d'actions proposé dans le cadre de la stratégie régionale de la médiation en santé, se nourrit des quatre axes stratégiques définis par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre de la lettre de mission, donnant lieu à la définition de trois grandes missions thématisées au service des acteurs de la médiation en santé sur le territoire, déclinées en plusieurs fiches projets.

Ces fiches sont issues des besoins, constats et propositions remontés par les médiateurs en santé, directions et coordinations de leurs structures employeuses et autres acteurs agissant dans le champ de la médiation en santé durant la phase de diagnostic et les temps de travail et de co-construction de la stratégie mis en place.

Les fiches « missions » et les fiches projets peuvent mettre en évidence de nouvelles actions à mettre en œuvre, ou valoriser et proposer le développement, l'amélioration ou la mutualisation d'actions déjà existantes. Elles sont indicatives, et pourront être alimentées tout du long de la mise en œuvre de la stratégie. De nouvelles fiches actions pourront également être construites selon les évolutions et les besoins du territoire.

Le détail des fiches « missions » et des fiches projets se trouve en annexe n°10. La partie ci-dessous récapitule l'ensemble des fiches par thématique et apporte quelques éléments de compréhension.

1. Programme d'actions

a. Le déploiement de la SRMS

Objectif général : Coordonner et animer la SRMS

Mission 1.	Coordonner la SRMS
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Coconstruire avec les acteurs concernés les différentes instances de la gouvernance et les animer (cf. Schéma de la SRMS) Participer au Collectif de la Promotion de la Médiation en Santé dans ses différentes composantes (COPIL, Groupes de travail, plaidoyer) et à toutes éventuelles instances nationales sur les enjeux de la médiation en santé. Communiquer sur la médiation en santé en Guyane Mettre en place un événement annuel/biannuel sur la médiation en santé en Guyane Capitaliser les données existantes sur les enjeux d'études et d'observation

Mission 2	Animer la SRMS
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Animer la préfiguration de dispositifs non existants • Animer le déploiement opérationnel des dispositifs sur le territoire • Organiser des appels à manifestation d'intérêt selon les besoins • Organiser des rencontres avec et entre les différents porteurs

b. Formation, qualification et sensibilisation

Objectif général : Développer la formation des acteurs de la médiation en santé et des partenaires

Fiche projet 1	Développer un parcours de formation pour les médiateurs en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Préfigurer une formation à la prise du poste à destination des médiateurs en santé permettant l'acquisition d'un premier niveau de connaissance de la profession • Déployer une formation à la prise de poste à destination des médiateurs en santé • Identifier, orienter et au besoin créer et mettre en place des modules de formation thématiques complétant les connaissances et acquis des médiateurs en santé en complémentarité avec l'existant • Poursuivre les travaux relatifs à l'inscription du DU Médiation en santé au RS ou RNCP

Fiche projet 2	Sensibiliser les professionnels et futurs professionnels du secteur médico-social à la médiation en santé	
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer aux instituts (IFSI, IFAS), à l'image de l'université de médecine (depuis la rentrée 2024), un module de sensibilisation à la médiation en santé à destination des futurs professionnels de santé en formation • Création du module • Déploiement de la sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer aux structures employant et travaillant en partenariat avec des médiateurs en santé un module de sensibilisation à la médiation en santé • Création du module • Déploiement de la sensibilisation

Fiche projet 3	Développer une formation de formateur aux bases de la médiation en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ingénierie de formation et pédagogique de la formation de formateur • Déployer la formation de formateur

c. Accompagnement des structures et des médiateurs en santé

Objectif général : Accompagner les acteurs de la médiation en santé dans leurs pratiques professionnelles

Fiche projet 1	Déployer un dispositif d'accompagnement dédié aux structures employeuses de la médiation en santé sur le territoire
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Préfigurer le dispositif d'accompagnement Déployer le dispositif d'accompagnement <p><u>Prémices de la réflexion issue du diagnostic :</u> L'accompagnement pourrait être pensé comme un accompagnement à la carte en fonction des besoins identifiés en interne aux structures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations, ressources sur la médiation en santé - Aide à la définition de la place de la médiation en santé au sein de la structure, du projet associatif, de l'équipe et des programmes/actions (articulation) - Aide à la définition de fiches de postes - Informations sur les financements possibles des postes des médiateurs en santé - Orientation vers les formations, sensibilisations <p>Les accompagnements individuels "long" se feraient dans le cadre d'un quota annuel de structures pouvant être accompagnées.</p> <p>Possibilité d'envisager des temps collectifs le cas échéant avec l'accord des différentes structures concernées.</p> <p><i>Question de la plateforme ressources ? Elle pourrait être l'intégrée à cette fiche en précisant les formats d'accompagnement : individuel, collectif, physique et numérique.</i></p>

Fiche projet 2	Déployer un dispositif d'accompagnement individuel à destination des médiateurs en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Préfigurer le dispositif d'accompagnement Déployer le dispositif d'accompagnement

Fiche projet 3	Proposer une offre de réseau qualitatif et harmonisé aux médiateurs en santé sur tout le territoire
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Déployer deux réseaux locaux (intérieur et littoral) Organiser une rencontre annuelle des médiateurs en santé à une échelle régionale (possibilité d'articuler ce temps à un événement)

Objectif général : Développer et qualifier à une échelle régionale les pratiques professionnelles de la médiation en santé

Fiche projet 1	Favoriser le développement de programmes d'expérimentation et de recherche-action sur la médiation en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un état des lieux/inventaire des expérimentations en cours sur la médiation en santé au niveau national et régional et définir les programmes de recherche-action/expérimentation à développer Travailler en concertation avec les acteurs de la médiation en santé et les institutions compétentes afin de définir les programmes de recherche-action/expérimentation à développer Animer les opportunités de programmes d'expérimentation/recherche action à une échelle régionale

Fiche projet 2	La mise en place d'une mission d'observation régionale de la médiation en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour du diagnostic territorial de la médiation en santé Une cartographie des actions de médiation en santé mises en place sur le territoire pourrait être réalisée à plusieurs échelles (régionale, intercommunale, territoriale) afin de disposer d'une image claire des zones d'intervention des acteurs de la médiation en santé, des thématiques des interventions/projets, de la nature et fréquence et durée de ces interventions, etc. Etude sur un sujet/thématique spécifique

Fiche projet 3	L'évaluation des dispositifs de médiation en santé en Guyane
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Capitaliser sur les évaluations des dispositifs de médiation en santé en cours et passés afin d'orienter les futurs dispositifs Evaluer les dispositifs de médiation en santé à venir

Fiche projet 4	L'évaluation de la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer le déploiement de la stratégie régionale : <ul style="list-style-type: none"> À l'horizon 2027, 2 ans après la mise en place de la structuration régionale À l'horizon 2030, 5 ans après la mise en place de la structuration régionale Courant 2025, arrêter un cahier des charges et définir des indicateurs de suivi qui permettront l'évaluation du dispositif dans la durée à chaque échéance.

2. Programmation et approfondissement de certains axes

La poursuite des travaux de l'élaboration de la stratégie sur l'année 2024, notamment pour la finalisation des travaux de structuration, visait également à approfondir deux projets inhérents à la stratégie : l'harmonisation des réseaux du littoral et de l'intérieur ainsi que l'ingénierie de formation relative à la prise de poste du médiateur en santé.

a. L'harmonisation des réseaux des médiateurs en santé

Deux dynamiques de réseau existent sur le territoire guyanais, l'un sur le territoire de l'Intérieur, l'autre sur le littoral. Dans un souci de cohérence et d'efficience, l'ARS a préconisé de les harmoniser afin de permettre l'équité et les échanges entre les médiateurs.

État des lieux

En Guyane, la première dynamique de réseau a vu le jour en 2019 avec le dispositif PAFMSTI, Programme d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs en Santé sur le territoire de l'Intérieur, porté par ADER Guyane et la deuxième en 2022 avec les journées de rencontres des médiateurs du littoral porté par le CRPV. Afin d'arriver à harmoniser ces réseaux, il était nécessaire de bien comprendre leur fonctionnement, mais également de se mettre d'accord sur ce qu'on entend par dynamique de réseaux.

Après avoir échangé sur les dynamiques existantes, plusieurs questions se sont posées : que veut dire dynamique de réseau ? Quel est l'objectif et la finalité d'un réseau ? l'analyse de pratique, la montée en compétences, la résolution de cas complexes, la rencontre partenariale et de médiateurs relèvent-elles du réseau ? Quels sont les enjeux logistiques et financiers afin d'assurer une dynamique de réseau est/ouest ?

L'analyse de pratique professionnelle recouvrant des choses différentes pour les professionnels, il a également été nécessaire de s'accorder sur une vision commune. S'agit-il de l'analyse de pratiques de la médiation ? S'agit-il de travailler les émotions ? S'agit-il de l'analyse de la pratique professionnelle au sens large ? Il est également important de distinguer la notion d'analyse et d'échange de pratique de la médiation

Définition du réseau

Le réseau permet la communication et la collaboration entre les acteurs d'un territoire autour d'un enjeu défini. Il favorise une bonne connaissance mutuelle des acteurs. Il doit être visible, pérenne, coordonné et renforcer les dynamiques de réseau existantes.

Ainsi, le réseau médiation en santé en Guyane doit permettre :

- une bonne communication entre l'ensemble des acteurs de médiation en santé identifiés (médiateurs, structures, institutions, concernés de près ou de loin par la médiation en santé) ;
- une visibilité et bonne compréhension de la médiation en santé ;
- une culture professionnelle commune et partagée ;
- un plaidoyer sur le sujet ;
- de garantir l'équité territoriale et régionale de la médiation en santé, tout en favorisant au niveau national les échanges d'informations et de connaissances sur la médiation en santé, en Guyane comme dans l'ensemble du pays ;
- un échange d'informations et de connaissances sur la médiation en santé ;
- le partage d'informations entre médiateurs sur les dispositifs existants ;
- le retour d'expériences par les médiateurs de différentes structures ;
- une pratique commune de la médiation.

L'analyse de pratique, souhaitée par les médiateurs en santé sera partie intégrante de la dynamique de réseau. Il s'agira de travailler sur la pratique professionnelle des médiateurs, autrement dit la pratique de la médiation (posture, savoirs, savoir-être, savoir-faire). L'analyse de pratiques permet aux médiateurs de prendre du recul par rapport aux situations vécues ou observées dans leurs pratiques professionnelles de médiation.

L'échange de pratiques quant à lui relève avant tout d'un partage d'expériences entre professionnels de la médiation avec pour objectifs des pratiques communes de la médiation en santé. C'est aussi un moyen de développer et renforcer le partenariat entre professionnels de la médiation et d'autres professionnels notamment du médico-social et sanitaire.

Proposition d'un réseau de médiation en santé en Guyane

L'harmonisation des réseaux existants permettra deux dimensions distinctes :

- Une dimension opérationnelle à l'échelle locale

Les objectifs seront :

- Entretenir une dynamique de réseau local
- Entretenir une culture professionnelle commune et partagée de la médiation
- Entretenir les savoirs, savoir-faire et savoir-être en médiation
- Entretenir son réseau partenarial
- Acquérir des connaissances, des informations sur des sujets en lien avec la médiation
- S'appuyer sur les médiateurs plus expérimentés pour sensibiliser les nouveaux
- Organiser des séances d'analyse de pratique professionnelle de la médiation en santé

Rencontre réseau type

Journée 1 :

8h-10h : Rencontre avec des acteurs de la santé et du médico-social

10h30-12h30 : intervention d'un professionnel sur une thématique en lien avec leur fonction : addiction, prévention suicide, droits en santé, etc.

13h30-16h : Analyse de pratique

Journée 2 :

8h-10h : retour sur les acquis

10h30-12h30 : Analyse de cas complexe

- Une dimension stratégique à l'échelle régionale

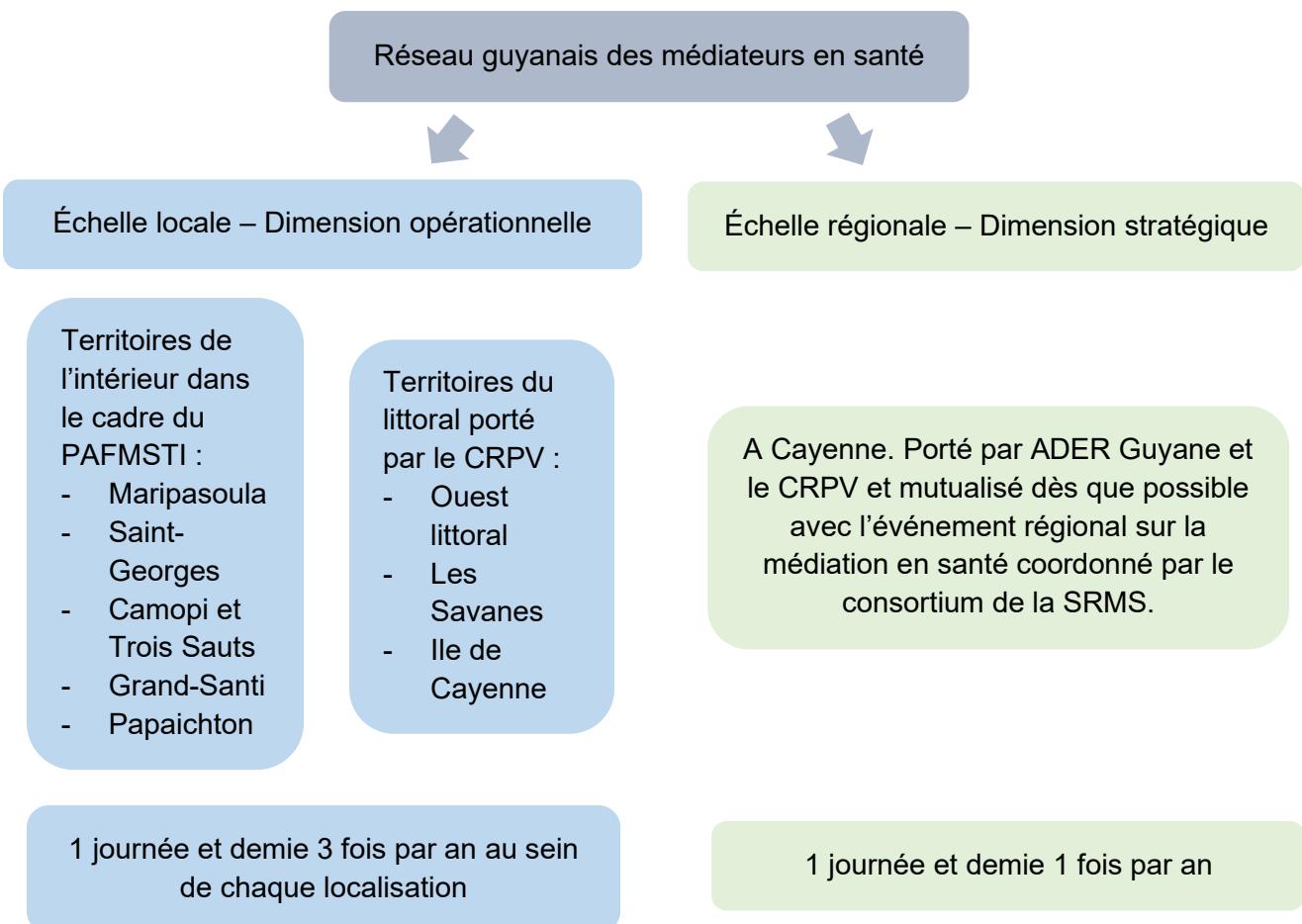
Les objectifs seront :

- Favoriser les échanges entre les médiateurs à l'échelle du territoire
- Faire remonter les besoins et les problématiques
- Organiser des actions de plaidoyer pour une meilleure reconnaissance du métier de médiateur en santé.
- Impulser une réflexion sur la médiation en santé (nouveauté, expérimentations, avancées, etc.)

Cette dimension régionale du réseau serait combinée dès que possible à un événement régional sur la médiation en santé permettant :

- l'organisation de conférences, séminaires, etc.
- l'invitation et la présence des décideurs politiques aux évènements une meilleure visibilité du métier de médiateur
- la réunion des acteurs qui portent des projets de médiation en santé ou qui souhaitent en porter

Schéma du réseau guyanais des médiateurs en santé



b. La formation à la prise de poste du médiateur en santé

Les travaux de diagnostic et de réflexion avec les acteurs de terrain ont fait émerger une demande de formation en proximité permettant à un médiateur de prendre ses fonctions. Il s'agissait ainsi de construire une formation à la prise de poste du médiateur en santé qui s'intègre dans le paysage existant et notamment avec le DU Médiation en santé dispensé au sein de l'université de Guyane.

Sans revenir sur la méthodologie détaillée dans la partie II du présent document, ces travaux ont été réalisés en coopération avec Médecin du Monde et Le Comede.

Cette formation s'adresse aux médiateurs nouvellement embauchés ou en poste sans « expérience/formation » du métier. Afin de répondre aux demandes des acteurs, elle doit pouvoir se dérouler sur tout le territoire : le littoral, mais également dans les communes de l'intérieur selon le besoin.

D'une durée de 42h, elle se déroule sur 6 jours. Une première partie sur 3 jours puis une seconde partie également sur 3 jours un mois plus tard. Chaque partie de la formation sera dispensée par un même binôme composé d'un formateur et d'un médiateur expérimenté souhaitant devenir formateur.

Ainsi la formation dans son ensemble sera dispensée par maximum 2 formateurs et 2 médiateurs expérimentés.

L'accès à la formation est réservé en priorité aux médiateurs en santé embauchés au sein d'une structure. Selon les disponibilités les bénévoles pourront y participer. Il sera nécessaire de maîtriser le français à l'oral et à l'écrit.

Ainsi, un entretien (présentiel ou Visio) en amont de la formation aura lieu afin de valider l'inscription, le projet et où se situe la personne dans l'exercice de son métier. Puis, un entretien (présentiel ou Visio) deux mois après la deuxième partie de formation permettra de répondre à d'éventuelles questions du stagiaire et savoir où il se situe dans l'exercice de son métier après la formation.

La formation étant dispensée par un organisme Qualiopi, le stagiaire sera évalué au début et à la fin de chaque partie de la formation. Une attestation lui sera remise à l'issue des 6 jours.

Modèle économique de la formation

Le modèle économique a été pensé afin que la formation puisse être déployée pour un minimum de 6 stagiaires et au maximum 12 stagiaires.

Le coût de la formation doit comprendre :

- Le coût par intervenant incluant les déplacements, nuitées et repas, l'animation de la formation et les temps de travail annexes
- Les coûts liés aux supports pédagogiques et au matériel
- Les coûts liés à la location de salles

Une estimation du montant est faite dans la matrice budgétaire de la stratégie présentée à l'ARS par l'organisme porteur de la formation.

- Les frais annexes des stagiaires (repas et éventuellement déplacements) peuvent être pris en charge par les OPCO, mais restent de la responsabilité des structures.

La réflexion liée au modèle économique est issue d'un souhait de mobiliser les acteurs de financement de la formation et notamment les opérateurs de compétences. Cependant, la typologie des structures employeuses de médiateurs en santé ne permet pas d'arrêter un seul est unique modèle. En effet, les structures associatives, les structures hospitalières et les collectivités territoriales ne répondent pas aux mêmes règles quant au financement de la formation.

Du côté des structures associatives, les opérateurs de compétences peuvent financer ce type d'actions de formation. Les structures associatives employeuses dépendent de deux OPCO différents : Unification et l'OPCO Santé. Nous avons pris l'attache des deux OPCO qui ont répondu favorablement afin de travailler en coopération et permettre la prise en charge financière de la formation. Il s'agira avec l'organisme Qualiopi retenu de programmer une réunion au mois de janvier 2025.

Du côté des structures hospitalières comme du côté des collectivités territoriales, des prises d'attache avec les services de formation et le CNFPT sont en cours afin d'appréhender au mieux leur fonctionnement et d'envisager les possibilités pour que les médiateurs en santé puissent participer à cette formation.

En sus de ces possibilités, il pourrait être envisageable au démarrage de bénéficier de soutien financier de l'ARS pour les premières sessions.

Objectifs et contenu de la formation

Objectifs de la formation :

À l'issue de la formation, chaque participant aura acquis un socle minimum de compétences lui permettant de démarrer l'exercice du métier de médiateur en santé. Il pourra consolider sa formation en participant au DU Médiation en santé et aux différentes formations en lien proposées sur le territoire.

Cette formation d'intégration à la prise de poste du médiateur en santé a pour objectif de :

- Connaître la définition de la médiation en santé
- Comprendre et s'approprier la posture du médiateur en santé
- Apprendre à travailler en réseau et à identifier les partenaires
- Avoir le socle minimum d'information sur les droits de santé
- Animer un atelier collectif de prévention et d'éducation pour la santé

Contenu de la formation :

Module 1 : Connaître la définition de la médiation en santé (7h)

Séquence 1 – Appréhender la notion de santé et ses déterminants

Séquence 2 – Définir la médiation en santé

Module 2 : Comprendre et s'approprier la posture du médiateur en santé (14h)

Séquence 1 – Connaître le cadre déontologique du médiateur en santé

Séquence 2 – S'approprier la posture d'interface du médiateur en santé : rôle, limites et impact de mon environnement

Séquence 3 – S'approprier les techniques de communication

Séquence 4 – S'approprier les techniques d'entretien

Séquence 5 – Apprendre à prendre du recul sur sa pratique professionnelle

Module 4 : Apprendre à travailler en réseau et à identifier les partenaires (3h)

Séquence 1 – Comprendre le parcours de santé d'un usager

Séquence 2 – Construire son réseau de partenaires

Module 5 : Avoir le socle minimum d'information sur les droits de santé (7h)

Séquence 1 – Savoir à quels droits de santé est rattaché un usager selon sa situation

Séquence 2 – Savoir accompagner les démarches d'ouverture de droits à la protection maladie

Module 6 : Animer un atelier collectif de prévention et d'éducation pour la santé (7h)

Séquence 1 – S'approprier les concepts de prévention et d'éducation pour la santé

Séquence 2 – Savoir animer et comprendre une dynamique de groupe

Séquence 3 – Découvrir des techniques d'animation

Afin de pouvoir déployer cette formation dès le premier trimestre 2025, ADER Guyane et le CRPV accompagné de MDM et du Comede travaillent ensemble à la finalisation des conducteurs et des outils pédagogiques.

III. Calendrier de mise en œuvre

Le dispositif régional, dont le modèle sera défini d'ici la fin de l'année, sera opérationnel début 2025 afin de mettre en place les orientations de la stratégie régionale de la médiation en santé en accord avec le programme d'intervention et les priorités définies par l'Agence Régionale de Santé.

Calendrier de mise en œuvre de la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane 2025-2029							
	Projets	Actions	2025	2026	2027	2028	2029
Missions du CAC	Coordo SRMS	Construire et animer la gouvernance					
		Participer au instances de MS (CPMS etc.)					
		Communication					
		Événement					
		Capitalisation études/observation					
	Animation SRMS	Animer la préfiguration de dispositif non existants					
		Animer les dispositifs déployés					
		Organiser des rencontres entre porteurs					
		Organiser des AMI au besoin					
Formation, qualification, sensibilisation	Parcours de formation	Finaliser la formation à la prise de poste des MS	■				
		Déployer la formation à la prise de poste des MS	■	■	■	■	
		Formations complémentaires		■	■	■	
		Inscrire le DU au RS ou au RNCP	■				
	Sensi pro	Ingénierie	■				
		Déploiement		■	■	■	
	Formation de formateurs	Ingénierie	■				
		Déploiement		■	■	■	
Accompagnement des structures et des médiateurs en santé	Construction du dispositif d'accompagnement MS + Structures	Ingénierie	■				
	Dispositif d'accompagnement - lit	Déploiement		■	■	■	
	Réseau - lit	Déploiement local et régional	■	■	■	■	
	Dispositif d'accompagnement - int	Déploiement		■	■	■	
	Réseau - int	Déploiement local et régional	■	■	■	■	
Mission Etudes/Observation	Mission d'observation régionale (préfiguration d'un observatoire)	MAJ du diag		■			■
		Cartographie des actions de médiation en Guyane		■			
		Etude		■	■	■	
	Expérimentation/Recherche-action	Etat des lieux	■				
		Animer les opportunités à une échelle régionale	■	■			
	Evaluation de la médiation en santé	Etat des lieux		■			
		Evaluation		■	■	■	

IV. Conclusion

Les travaux d'élaboration de la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane sont le fruit d'une réflexion et d'un engagement d'acteurs du territoire depuis plus d'une vingtaine d'années dans le sens de la reconnaissance et de la professionnalisation du métier au service des populations. Ces travaux ont été à la fois l'occasion d'affiner la connaissance du territoire mais également de poursuivre et renforcer cette synergie interacteurs afin de réfléchir les grands enjeux de la médiation en santé à une échelle régionale dans un souci d'équité et d'harmonisation.

Cette fin d'année 2024, marque le besoin et l'intérêt d'une telle stratégie. En effet, la capacité de coordonner à une échelle régionale les enjeux transversaux de la médiation en santé est un atout majeur pour le territoire. Ainsi, dans le cadre de l'AMI « Médiation – Programme Guyane Santé 2030 », le volet évaluation des expérimentations de médiation en santé communautaire déployées en 2025 sera mutualisé permettant à une première échelle d'harmoniser un socle commun d'indicateurs de la médiation en santé dans la perspective d'une réflexion à une échelle régionale par la suite.

V. Bibliographie

1. Agence Régionale de Santé de Guyane. « Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) 2023-2028 ». <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/116268/download?inline>.
2. Guyane Promo Santé, Mission France Guyane de Médecins du Monde, et avec le concours des médiateurs. « ACTES. Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane », 2010. <https://gps.gf/wp-content/uploads/2023/10/1698346953/import-base-doc/DOCS/DOC00208.pdf>.
3. 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 », 28 avril 2020. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3773295>.
4. Rist, Barbara, et Elisabeth Dugue. « Des femmes relais aux médiatrices socioculturelles : des compétences reconnues, un métier en débat. » Recherche sociale, n°163, 2002, 1 janvier 2002. file:///C:/Users/CRPV/Downloads/Dugue_Rist_femmes-relais.pdf.
5. Barthélémy-Stern, Fabienne. « Médiateurs sociaux, femmes-relais : de nouveaux agents de la relation d'aide. Entre distance et proximité ». *Informations sociales* 139, n° 3 (2007): 106-15. <https://doi.org/10.3917/ins.139.0106>.
6. Madelin, Bénédicte. « Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue ». *Informations sociales* 141, n° 5 (2007): 120-27. <https://doi.org/10.3917/ins.141.0120>.
7. Circulaire DIV/DPT-IEDE n° 2000-231 du 26 avril 2000 relative à la mise en œuvre du dispositif des adultes-relais dans le cadre de la politique de la ville. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-19/a0191342.htm>.
8. 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 », 28 avril 2020. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3773295>.
9. Dictionnaire de l'Académie française <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1506#:~:text=Emprunt%C3%A9%20du%20latin%20mediatio%C2%20%C2%AB%C2%20m%C3%A9diation,est%20servi%20de%20sa%20m%C3%A9diation>
10. Guillaume-Hofnung, Michèle. *La médiation*. 8e éd. mise à jour. Que sais-je ?, n° 2930. Paris: Que sais-je ?, 2020.
11. Balmer, Alexandre, et Jacques Hébert. « Les médiations en question ». *Nouvelles pratiques sociales* 21, n° 2 (2009): 20. <https://doi.org/10.7202/038959ar>.
12. Six, Jean François. *Le temps des médiateurs*. Paris: Seuil, 1990.
13. Faget, Jacques. *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie*. Trajets. Toulouse: Érès, 2010. <https://www.cairn.info/mediations--9782749212326.htm>.
14. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986. Organisation Mondiale de la Santé.

15. « La charte de référence de la médiation sociale ». France Médiation, 14 septembre 2004. https://www.francemediation.fr/system/files/2020-03/charter_mediationsociale%2C%202001.pdf.
16. Blanc, Gwenaëlle, et Lucie Pelosse. « La médiation en santé : un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête ». Lyon: Fédération éducation santé Rhône-Alpes (FRAES) mars 2010.
17. Haute Autorité de Santé, Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, octobre 2017
18. Vernon, Diane. « Chapitre 5. Un exemple de médiation interculturelle en milieu médical en Guyane ». In *Accompagner et soigner en contexte pluriethnique et pluriculturel*, 109-23. Regards croisés. Rennes: Presses de l'EHESP, 2021. <https://doi.org/10.3917/ehesp.qribi.2021.01.0109>.
19. Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé. « Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiateur.rice en santé », 2022. <https://mcusercontent.com/21c25691ab72212a53fd1fbe6/files/17fcd6c0-7af1-cf0d-b3d9-79707383692b/Reconnaissance du %C3%A9tier de %C3%A9diateur en sant%C3%A9 CPMS.02.pdf>
 - . « Reconnaissance et sécurisation professionnelle du métier de médiateur.rice en santé », 2024. <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/cpms-reconnaissance-et-securisation-du-metier-de-mediateur-rice-en-sante.pdf>.
20. Berkesse, Alexandre, Philippe Denormandie, Emilie Henry, Nolwenn Tourniaire, et Farida Belkhir. « La médiation en santé : un levier relationnel de lutte contre les inégalités sociales de santé à consolider ». Rapport IGAS, juillet 2023. https://www.santementale.fr/medias/2023/07/IGAS_mission-mediation.pdf.
21. Motamed, Sandrine. « Qu'est-ce que la santé communautaire ? Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse ». *L'information psychiatrique* 91, n° 7 (2015): 563-67. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>.
22. Lancman, Selma, Seiji Uchida, Laerte Idal Snelwar, et Tatiana De Andrade Jardim. « Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose. » *Travailler* n° 17, n° 1 (1 mars 2007): 97-124. <https://doi.org/10.3917/trav.017.0097>.
23. Fleuret, Sébastien. « Expériences locales en santé communautaire : exemples choisis au Canada, Brésil et Mali, expérimentation en France. (Local experiences in community health : selected examples in Canada, Brazil and Mali, experiments in France) ». *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, La géographie de la santé en France, 2012, pp.227-246.
24. Richard, Élodie, Sabrina Cossais, Natacha Revallon, Anaïs Saint-Gal, Frédérique Quirino Chaves, Stéphane Leveque, et Hélène Roger. « Médiation en santé : Sécuriser le métier de médiatrice et médiateur en santé pour en assurer l'efficacité. Étude sur le cadre professionnel des médiatrices et médiateurs en santé (Étude C-PRO-MS) ». FNASAT, Sidaction, février 2024. <https://www.sidaction.org/wp-content/uploads/2024/04/2024-04-étude-c-pro-ms.pdf>.
25. Gardel, Christine, Joël Blondel, Philippe Yvin, et Patrice Belmont. « Renforcement de l'offre de soins en Guyane ». Rapport IGAS, février 2021. https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/imported_files/documents/IGESR-IGAS-IGA-Rapport-2020-160-Renforcement-offre-soins-Guyane_1395141.pdf.

VI. Annexes :

- Liste des acteurs rencontrés dans le cadre de la préfiguration de la stratégie
- Participants aux groupes de travail et entretiens
- Recensement des médiateurs en santé sur le territoire guyanais
- Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC)
Andrée Rosemon
- Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Frank Joly
- Liste des structures et antennes qui portent des médiateurs en santé en Guyane, territoires d'intervention et contact (données mises à jour début 2024)
- Synthèses des groupes de travail
- Questionnaire en ligne à destination des structures et résultats
- Analyse des réponses au questionnaire
- Fiches « missions » et fiches projets

1. Liste des acteurs rencontrés dans le cadre de la préfiguration de la stratégie

➤ Acteurs rencontrés dans la phase de diagnostic

Structures	Poste	Personnes rencontrées
Réseau Kikiwi – Antennes Ouest	Coordinateur Ouest	Thiago Santana
CHC Andrée Rosemon	Responsable de la médiation en santé des CDPS	Maud Leguistin
CHC Andrée Rosemon	Responsable de la médiation en santé des CDPS	Caroline Le Prado
Contrat Local de Santé de Matoury	Chargée de mission/Coordinatrice du Contrat Local de Santé	Léonne Agelas
DAAC	Directrice	Nathalie Dumont
AIDES	Responsable région Caraïbes	Jean-Claude Maced
	Coordinatrice de lieu de mobilisation – Saint-Laurent-du-Maroni	Marine Sabato

➤ Acteurs rencontrés au cours des travaux sur sollicitation de leur part

Structures	Poste	Personnes rencontrées
Sidaction	Responsable plaidoyer	Anaïs Saint-Gal
	Responsable analyse de données	Sabrina Cossais
Médecins du Monde	Coordinatrice régionale	Camille Guédon
	Coordinatrice de programme	Lisa Cann
Santé Publique France	Coordination approches populationnelles Direction Prévention et Promotion de la santé	Emmanuelle Hamel
	Chargée de projets scientifiques	Valérie Henry

2. Participants aux groupes de travail

- **Groupes de travail avec les directions et coordinations des structures déployant des actions de médiation en santé**

GT 1 Cayenne-Kourou 27/06/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
L'arbre Fromager	Mme Marion FRENAY	DAF
Médecins du Monde	Mme Lisa CANN	Coordinatrice de Programme
Croix Rouge Française	Mme Margot OBERLIS	Responsable de projet EMSE
ID Santé	Mme Nadine GUILLAUME	Directrice adjointe
COMEDE	Mme Chloë ABRIAS	Coordinatrice
Entr'Aides Guyane	M. Alexandre VELGHE	Directeur
CHC-CDPS/EMSPEC	Mme Bérangère BONOT	IDE coordinatrice
CHC-CDPS/EMSPEC	Mme Charlène COCHET	IDE coordinatrice
ADER Guyane	M. Richardson CONSTANT	Coordinateur de programme
Guyane Promo Santé	Mme Cécilia CICERON	Chargée de mission
TOTAL : 10		

GT 1 Saint-Laurent-du-Maroni 14/06/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
Maison de Santé Léopold	Mme Marie-Céline PETIT	Coordinatrice
CHOG	Mme Béatrice GOMEZ	Cadre de Santé
CHOG	Mme Nelly LUPO	FFCOS
CHOG	Mme Nadège TOULEMONT	CDS
Akatiij	M. Emieliano ALIMA	CDS
Croix Rouge Française	Mme. Adriana GONZALEZ	Médecin
Réseau Kikiwi Ouest	M. Thiago SANTANA	Coordinateur
TOTAL : 7		

GT 2 Cayenne-Kourou 12/09/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
DAAC Guyane	Mme Maud LEGUISTIN	Directrice
CHC-PASS	Mme Claire BOCENO	Cheffe de service
CHC-CDPS	M. Brice DAVERTON	Médecin référent santé publique CDPS
AGRRI	Mme. Émilie TAMOURTEBIR	Coordinatrice
Médecins du Monde	Mme Lisa CANN	Coordinatrice de programme
Médecins du Monde	Mme Camille GUÉDON	Coordinatrice régionale
CHC-CDPS/EMSPEC	Mme Bérangère BONOT	IDE coordinatrice

Croix Rouge Française	Mme Margot OBERLIS	Responsable de projet
DSU/CLS Matoury	Mme Léonne AGELAS	Coordinatrice CLS
COMEDE	Mme Chloë ABRIAS	Coordinatrice
CHC-Service Social	Mme Josette PONCEAU	Cadre socio-éducatif
Croix Rouge Française	M. Karl KPOSSOU	Médecin
Guyane Promo Santé	Mme Cécilia CICERON	Chargée de mission
TOTAL : 13		

GT 2 Saint-Laurent-du-Maroni 15/09/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
Association AIDES	Mme Marine SABATO	Coordinatrice
CHOG	Mme Béatrice GOMEZ	Cadre de Santé
CHOG	Mme Nelly LUPO	FFCOS
Réseau Kikiwi Ouest	M. Thiago SANTANA	Coordinateur
Guyane Promo Santé	Mme Lucile NICOLAS	Chargée de projet
Association Jakowale	M. Fabio LÉON	Coordinateur
Campus des métiers santé, social et bien-être	Mme Nelly ROVIRA	Directrice
TOTAL : 7		

- **Liste des acteurs rencontrés dans le cadre des groupes de travail convertis en entretiens et grille d'entretien**

Entretiens menés à Saint-Georges du 10/10/2023 au 11/10/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
CHC-CDPS	M. Benoit QUINTIN	Cadre de santé
	M. Jean-Yves CATTIN	Médecin
CHC-CMP	M. Dominique CHASTIN	Cadre de Santé
	M. Lanto ANDRIANANTENAINA	Médecin psychiatre
	Mme Edouarli FORTE	Médiatrice en santé
DAAC	Mme Elisa NGOUDJOU	Chargée de développement
ID Santé	Mme Clémentine ETIENNE	Coordinatrice
TOTAL : 8		

Entretien mené à Maripasoula le 25/10/2023		
Structure/service/antenne	Nom du participant	Fonction
Akatij	M. Gérald BRENON	Chef de service
	M. Guilherm LAINE	Coordinateur social
	Mme Jonika ALIWAWPOE	Médiatrice
TOTAL : 3		

➤ **Groupes de travail avec les médiateurs en santé réalisés dans le cadre du PAMTI et du RMSL**

GT RMSL CACL 22/06/2023		
Structure	Nom du participant	Fonction
CHC-EMSPEC	Mme Cristina BELTAN	Médiatrice en santé
CHC-EMSPEC	M. Charles ALOÏKE	Médiateur en santé
CHC-EMSPEC	M. Lionel AMATO	Médiateur en santé
CHC-EMSPEC	Mme Lydianne TAMBOUR	Médiatrice en santé
CHC-EMSPEC	Mme Michlin SESIENA	Médiatrice en santé
CHC-CDPS	Mme Diana WATER	Médiatrice en santé
CHC-CDPS	Mme Eloïse PALASSISSI	Médiatrice en santé
CHC-CDPS	Mme Sabrina WALACOU	Médiatrice en santé
CHC-CDPS	Mme Melekeu SANKANA	Médiatrice en santé
CHC-PASS	Mme Melaine BOcé	Médiatrice en santé
CHOG-CMP	M. Llajani HILARIO VELEZMORO	ASH/Traducteur
DAAC Guyane	M. Rémi YAKALI	Médiateur
DAAC Guyane	Mme Edouarli FORTE	Coordinatrice
ADER Guyane	Mme Péléikané ALANI	Médiatrice en santé
ADER Guyane	Mme Alicia OUEMPI	Médiatrice en santé
ADER Guyane	Mme Marilene TOUENKE	Médiatrice en santé
ADER Guyane	Mr Ulu APINA	Médiateur en santé
TOTAL : 17		

GT RMSL CACL 22/06/2023		
Structure	Nom du participant	Fonction
DAAC Guyane	M. Junior ALEXANDRE	Médiateur social et en santé
DAAC Guyane	Mme Cristina SAMPAIO DE SOUZA	Médiatrice en santé
Médecins du Monde	Mme Maria SACRAMENTO	Médiatrice en santé
COMEDE	M. Livio DE SA	Médiateur en santé
Croix Rouge Française -EMSE	Mme Diana PEREZ A.	Médiatrice en santé
Croix Rouge Française - EMSE	M. Luxamarre SAINT-HERVÉ	Médiateur en santé
Croix Rouge Française -EMSE	M. Jean-Marckenson THERASSE	Médiateur en santé
CHC	Mme Bernadette ANARIES	Médiatrice en santé
CHC	Mme Mrie-France PEROUMAL	Médiatrice en santé
COMEDE	Mme Natacha ZEPHIRIN	Médiatrice
TOTAL : 10		

GT RMSL Saint-Laurent-du-Maroni 14/06/2023		
Structure	Nom du participant	Fonction
CHOG - MAPI/CRPS	Mme Jacintha Derby	Médiatrice culturelle
CHOG - EMPP	M. Ludovic ATIPA	Médiateur en santé
CHOG - PASS	Mme Joyce BABEL	Médiatrice en santé
CHOG - PASS	Mme Geneviève MONDON	Médiatrice en santé
CHOG - EMAS	M. Laurens JASON	Médiateur en santé
Croix Rouge Française	Mme Dina MARCELON	Médiatrice en santé

Akatij	Mme Estelle ANDRIES	Médiatrice sociale
Réseau Kiwi Ouest	Mme Lucrétia FANIA	Médiatrice en santé
TOTAL : 8		

3. Recensement des médiateurs en santé sur le territoire guyanais

Recensement des médiateurs en santé littoral et territoires de l'intérieur		
SECTEURS	STRUCTURE	NOMBRE DE MÉDIAVEURS
SLM	Centre de Santé de la Croix Rouge	2
	Réseau Kikiwi Ouest	2
	CHOG	17
	Jakoewale	2
	Maison de Santé Léopold	1
	AIDES	4
	Akatij	2
TOTAL	APAHJ	1
	5	31
CACL	CHC	23
	Croix Rouge Française Cayenne (EMSE+Centre de Santé)	4
	Arbre Fromager	1
	Médecins du Monde	3
	COMEDE	1
	Réseau Kikiwi Est	2
	GPS	1
	DSU/CLS Matoury	1
	AGRRR	1
	DAAC	10
	AKATIJ Cayenne + Matoury	3
	Entre'aides	3
	ID Santé	4
	13	57
IRACOUBO	APS Village	1
TOTAL	1	1
KOUROU	ADER Kourou	4
	Akatij Kourou	3
TOTAL	2	7
SAINT-GEORGES	CHC-CDPS	2
	CHC-OCS	1
	CHC-CMP	1
	CHC-EMSPEC	2
	DAAC	2
	ID Santé	2
	6	10
CAMOPI	CHC-EMLO	1
	CHC-CDPS	1
TOTAL	2	2
TROIS-SAUTS	CHC-CDPS	1
TOTAL	1	1
JAVOUHEY	CHC-CDPS	1
TOTAL	1	1
MARIPASOULA	CHC-CDPS	1
	CHC-EMSPEC	2
	CHOG-CMP	3
	Akatij	1
	ADER	5
	AIDES	4
TOTAL	5	16
GRAND-SANTI	CHC-CDPS	2
	CHC-EMSPEC	2
TOTAL	2	4
ANTECUME-PATA	CHC-CDPS	1
TALHUWEN	CHC-CDPS	1
AWALA-YALIMAPO	AKATIJ	1
TOTAL	20	133

4. Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) Andrée Rosemon

Service	Nbr de médiateurs
Hôpitaux de proximité /CDPS	10
PASS - Cayenne	4
Pôle santé mentale - Cayenne	8
EMLO - Saint-Georges	1
OCS - Saint-Georges	1
CMP - Saint-Georges	1
EMSPEC	6
DRISP - Cayenne	12

Communes	Nbr de médiateurs
Saint-Georges	2
Trois-Sauts	1
Camopi	1
Javouhey	1
Maripasoula	1
Grand-Santi	2
Antécume-Pata	1
Talhuwen	1

Communes	Nbr de médiateurs
Saint-Georges	2
Maripasoula	2
Grand-Santi	2

5. Détail du recensement des médiateurs en santé au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyane (CHOG) Franck Joly

Services	Nombre de médiateurs
CMP de Maripasoula	3
EMASS - SLM	2
PASS - SLM	5
Cabinet de Santé -SLM	1
Pôle santé mentale - SLM	4
Département santé publique - SLM	5

6. Liste des structures et antennes qui portent des médiateurs en santé en Guyane, territoires d'intervention et contacts (données mise à jour début 2024) :

	Structures	Directeur.trice/ Coordinateurs.trices	Contact
Saint-Laurent-du Maroni	CPS – Croix Rouge	Mme Adriana Gonzales	adriana.gonzalez@croix-rouge.fr
	Réseau Kikiwi ouest	M. Thiago Santana	coordination.ouest@reseaukikiwi.fr
	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais	Mme Nelly Lupo Mme Béatrice Gomez	n.lupo@ch-ouestguyane.fr b.gomez@ch-ouestguyane.fr
	Jakoewale	Mme Anita Biron M Fabio Bama	anita.biron2@gmail.com fabioabama@gmail.com
	AIDES	M. Jean-Claude Maced Mme Marine Sabato	jcmaced@aides.org msabato@aides.org
	MSP Léopold	Mme Marie-Céline Petit	petitmarieceline@gmail.com
	Akatij	M. Emieliano Alima	e.alima@akatij.fr
	APAJH	Mme Orianne Eutionnat	cds.pam@apajhguyane.org
Kourou	ADER Guyane	Mme Selina Brust	ader.kourou@orange.fr
	Akatij	Mma Sarah Sambon Mme Galimot Mme Poulain (cheffe de service CAARUD)	s.sambon@akatij.fr p.galimot@akatij.fr f.poulain@akatij.fr
CACL	La Croix-Rouge	M. Karl Kpossou Mme Margot Oberlis	karl.kpossou@croix-rouge.fr margot.oberlis@croix-rouge.fr
	L'Arbre Fromager	Mme Marion Frenay	daf.arbrefromager@gmail.com
	Centre Hospitalier de Cayenne	Mme Caroline Le Prado (CDPS)	caroline.leprado@ch-cayenne.fr
		M. Brice Daverton (EMSPEC)	brice.daverton@ch-cayenne.fr
		M. Mathieu Nacher (DRISP)	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr
		Mme Caroline Janvier (Pôle Santé Mentale)	caroline.janvier@ch-cayenne.fr
		Mme Claire Boceno (PASS)	claire.boceno@ch-cayenne.fr
	Médecins du Monde	Mme Lisa Cann	lisa.cann@medecinsdumonde.net
	COMEDE	Mme Chloé Abrias	chloe.abrias@comede.org
	ID Santé	Mme Nadine Guillaume	guillaume.nadine@idsante.eu
	Réseau Kikiwi Est	Mme Raisa Burillo Gomez	coordination.centre-est@reseaukikiwi.fr

	Guyane Promo Santé	M.Raphaël Tolves	r.tolves@gps.gf
	DSU Matoury – CLS	Mme Léonne Agelas	leonne.agelas@mairie-matoury.fr
	AGRrr		coordination.agrrr@gmail.com
	DAAC	M. De Figueiredo	chef.projet.daac@gmail.com
	Akatij	Mme Sarah Sambon Mme Galimot	s.sambon@akatij.fr p.galimot@akatij.fr
	Entr'AIDES	M. Alexandre Velghe	direction.entraidesguyane@gmail.com
Maripasoula	ADER Guyane	M. Marcellin Malingumu Namegabe	maroni.ader@gmail.com
	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CMP)	Mme Valérie Rousselhes Mme Katia Benjamin	v.rousselhes@ch-ouestguyane.fr katia8ben@gmail.com
	Centre Hospitalier de Cayenne (CDPS+EMSPEC)		
	AIDES	M. Jean-Paul Dada	jpdada@aides.org
Saint Georges	DAAC Guyane	Mme. Elisa Ngoudjou	edouarli.forte@daacguyane.org
	ID Santé	Mme Clémentine Etienne	etienne.clementine@idsante.eu
	Centre Hospitalier de Cayenne (CDPS+EMSPEC)	M. Benoit Quintin	benoit.quintin@ch-cayenne.fr
Camopi	DAAC Guyane		
	Centre Hospitalier de Cayenne (CDPS+EMSPEC Camopi) (CDPS Trois Sauts)		
Grand Santi	Centre Hospitalier de Cayenne (CDPS+EMSPEC)		
Iracoubo	APS Village	Mme Lucinda Gunther	aps.villages@gmail.com

7. Synthèse des groupes de travail

Synthèse des groupes de travail et entretiens réalisés avec les médiateurs en santé et directeurs/coordinateurs des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé – juin à octobre 2023

I. Rappel du contexte

ADER Guyane, Guyane Promo Santé et le Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane portent en consortium l'élaboration d'une **stratégie régionale de la médiation en santé** pilotée par l'**Agence Régionale de Santé de Guyane**.

Le développement de la médiation en santé sur le territoire guyanais fait l'objet de discussions, d'événements, de dispositifs de formation, d'accompagnement et de coopération entre acteurs depuis le début des années 2000. L'ambition de la stratégie régionale de la médiation en santé est de proposer un **ensemble renforcé, structuré et lisible par tous les acteurs concernés et des actions à mettre en place dans ce sens à court, moyen et long terme**.

Cette stratégie régionale s'inscrit dans un **contexte national porteur** avec notamment la création du **Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé** ainsi que la mise en place d'une **mission interministérielle** en fin d'année dernière, dans le cadre du Comité National de la Refondation, visant à formuler une stratégie d'action dite "d'aller vers" pour les cinq années à venir. Le rapport de la mission interministérielle formulant un total de 10 recommandations concrètes a été remis au ministre de la Santé et de la Prévention ainsi qu'au ministre des Solidarités et des Familles le 17 juillet dernier.

En accord avec la lettre de mission adressée par l'Agence Régionale de Santé au consortium, les travaux de préfiguration de la stratégie régionale de la médiation en santé seront centrés autour de quatre axes principaux :

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

La définition de cette stratégie se base sur un effort de co-construction mené avec les acteurs de la médiation en santé, notamment issus du terrain, ainsi que les acteurs institutionnels.

II. Rappel des groupes de travail réalisés

Afin d'élaborer cette stratégie, différents temps d'échange et de co-construction ont été et continueront d'être mis en place sur les communes de Saint-Georges-de-l'Oyapock, Maripasoula, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni. Ces temps, avec les médiateurs en santé ainsi qu'avec les directeurs et coordinateurs des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé, ont permis et permettront notamment de travailler autour des grands enjeux de la médiation en santé tels que : la reconnaissance du métier, la formation, l'accompagnement des structures et des médiateurs, le renforcement des équipes de médiateurs, le pilotage d'une stratégie, etc.

Trois groupes de travail se sont tenus avec les médiateurs en santé :

- Un groupe de travail à Saint-Laurent-du-Maroni dans le cadre du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV qui s'est tenu le 14 juin 2023 ;
- Un groupe de travail à Cayenne dans le cadre du Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV qui s'est tenu le 22 juin 2023 ;
- Un groupe de travail à Cayenne dans le cadre du Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs des Territoires de l'Intérieur animé par ADER Guyane qui s'est tenu le 20 juin 2023.

Au total, ces temps de travail ont réuni 35 médiateurs en santé du territoire issus de neuf structures, le CHC et le CHOG étaient représentés respectivement par des médiateurs issus de quatre services différents.

Les thématiques abordées durant ces groupes de travail étaient transversales aux 4 grands axes de travail pré-identifiés dans la feuille de route que sont : la définition d'un dispositif régional, la formation, l'accompagnement des médiateurs et des structures ayant des postes de médiateurs en santé ainsi que le renforcement des équipes de médiateurs.

Par ailleurs, quatre groupes de travail se sont tenus avec les directeurs, coordinateurs, encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé :

- Un groupe de travail n°1 à Saint-Laurent-du-Maroni qui s'est tenu le 15 juin 2023 ;
- Un groupe de travail n°1 à Cayenne qui s'est tenu le 27 juin 2023 ;
- Un groupe de travail n°2 à Cayenne qui s'est tenu le 12 septembre 2023 ;
- Un groupe de travail n°2 à Saint-Laurent-du-Maroni qui s'est tenu le 15 septembre 2023.

Ces quatre groupes ont réuni un total de 26 professionnels issus de 18 structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé sur le territoire guyanais. Durant ces groupes les grands enjeux de la médiation en santé ont pu être travaillés avec un focus sur les thématiques de la structuration d'un dispositif régional, de l'accompagnement des médiateurs en santé et des structures ayant des postes de médiateurs en santé, la possibilité d'une formation préqualifiante à destination des médiateurs en santé, la sensibilisation des professionnels du secteur médico-social et partenaires à la médiation en santé ainsi que les questions d'évaluation.

Pour des raisons logistiques (nombre et disponibilité des acteurs, possibilités de déplacement) il a été convenu de remplacer les groupes de travail initialement prévus à Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula par des entretiens bilatéraux avec les coordinateurs, directeurs et encadrants des structures portant des actions/programmes de médiation en santé.

Au cours du déplacement à Saint-Georges-de-l'Oyapock quatre entretiens ont été menés :

- Entretien avec le médecin-chef de service et le cadre de santé du CDPS le mardi 10 octobre 2023 ;

- Entretien avec le cadre de santé, le psychiatre et la médiatrice du CMP le mardi 10 octobre 2023 ;
- Entretien avec la coordinatrice de l'antenne de l'association ID santé le mercredi 11 octobre 2023 ;
- Entretien avec la chargée de développement et un médiateur en santé de l'antenne de l'association DAAC le mercredi 11 octobre 2023.

En parallèle de ces temps d'échange et de co-construction et afin d'approfondir le diagnostic régional de la médiation en santé, un questionnaire a été diffusé aux directeurs, coordinateurs et encadrants d'une vingtaine de structures/services/antennes ayant des postes de médiateurs en santé. À ce jour, 22 réponses ont été recueillies. Des relances téléphoniques individuelles seront réalisées dans les prochaines semaines. Les premiers résultats seront analysés en amont de la restitution plénière prévue le lundi 6 novembre 2023 et du point d'étape prévu avec l'ARS le jeudi 9 novembre 2023.

III. Synthèse et analyse des groupes de travail et entretiens réalisés

Tout d'abord, un certain nombre d'**éléments relevant du contexte territorial** ont été mentionnés durant les différents groupes de travail. Ces considérations relèvent essentiellement de la démographie médicale et des difficultés d'accès au droit sur le territoire. Elles viennent appuyer la nécessité du déploiement de la médiation en santé sur le territoire, d'une meilleure reconnaissance de son utilité, et, de fait, le caractère indispensable de l'élaboration de cette stratégie régionale de la médiation en santé :

- Le manque de professionnels de santé ou le manque de professionnels de santé permanents dans certaines communes de l'intérieur, préjudiciable à la santé des populations et mettant en difficulté le travail des médiateurs en santé. En effet, l'une des missions principales des médiateurs en santé étant d'orienter les usagers vers les professionnels médicaux ou sociaux compétents, mais aussi les services publics, l'absence de ces derniers empêche la réalisation de leur travail et/ou les constraint à prendre en charge des missions qui ne sont pas les leurs ;
- À ce manque de professionnels de santé sur certains territoires vient s'ajouter un turn-over important de ces derniers ce qui complique encore une fois la prise en charge des patients, mais aussi le travail des médiateurs en santé dans la mesure où leur rôle et utilité est continuellement remis en question par ces nouveaux professionnels, souvent par méconnaissance de la profession ;
- L'enclavement des territoires (liaisons aériennes coûteuses et dysfonctionnelles, longs trajets en pirogue parfois rendus impossibles par les niveaux du fleuve, etc.) de l'intérieur rendant difficile les parcours médicaux des usagers ainsi que l'accompagnement, la formation (concentration de l'offre de formation sur Cayenne ou le littoral) et le travail des médiateurs en santé de manière générale ;
- La nécessité à termes du développement d'un cursus complet de médecine en Guyane afin de former des professionnels de santé localement ;
- Les difficultés importantes rencontrées par les usagers accompagnés par les médiateurs en santé en termes de régularisation et d'ouverture de droit auprès des différents services de l'État et agences (Préfecture, Sécurité Sociale, CAF, etc.) du fait notamment de l'opacité perçue des règles et des délais de traitement des dossiers ou encore de l'interdiction des médiateurs à accompagner les usagers au sein de ces institutions. En effet, sans droits ouverts, il est quasiment impossible pour les médiateurs en santé d'accompagner les usagers vers un parcours de santé.

Par ailleurs, au-delà de la médiation en santé dans son interface avec le soin, plusieurs considérations ont été remontées concernant la médiation en santé en relation avec le volet de

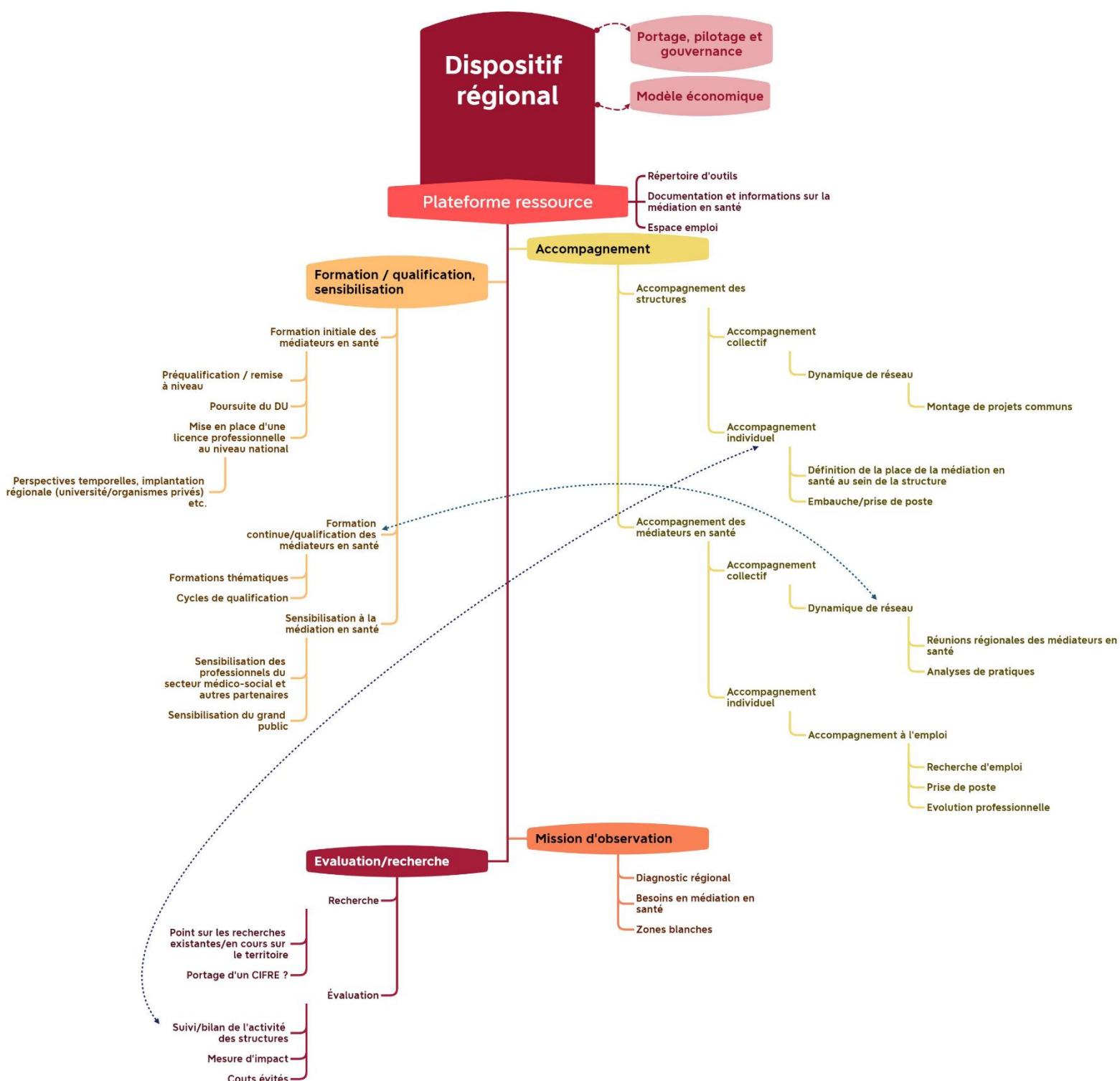
prévention en santé qui est un élément primordial de lutte contre les inégalités sociales de santé souvent relégué au second plan compte tenu du contexte complexe d'accès aux soins :

- La nécessité de temps d'échange individuels et collectifs afin de faire évoluer positivement les comportements de la population et des professionnels en termes de prévention en santé
- La nécessité du développement de la culture de la prévention auprès des professionnels de santé
- La fragilité des structures faisant de la prévention en Guyane compte tenu des financements limités des institutions sur ces sujets

Les groupes de travail avec les médiateurs en santé et les directeurs/coordinateurs des structures portant des actions ou programmes de médiation en santé ont notamment permis de travailler autour des quatre grands axes pré-identifiés dans le cadre de la feuille de route remise à l'ARS en mars 2023 :

- La mise en place d'un dispositif régional en charge de suivre le déploiement de la stratégie ;
- La formation, formation continue et les dynamiques de réseau ;
- L'accompagnement des structures et des médiateurs en santé ;
- Le renforcement des équipes de médiateurs en santé.

Les premiers groupes de travail réalisés ont permis de travailler ces quatre axes prédéfinis, de développer des pistes de réflexion autour de ces derniers, mais aussi de dégager de nouveaux enjeux. Le schéma ci-dessous synthétise les éléments discutés au sein des différents groupes de travail déjà réalisés dans le cadre de la préfiguration de stratégie régionale de la médiation en santé :



❖ Structuration d'un dispositif régional

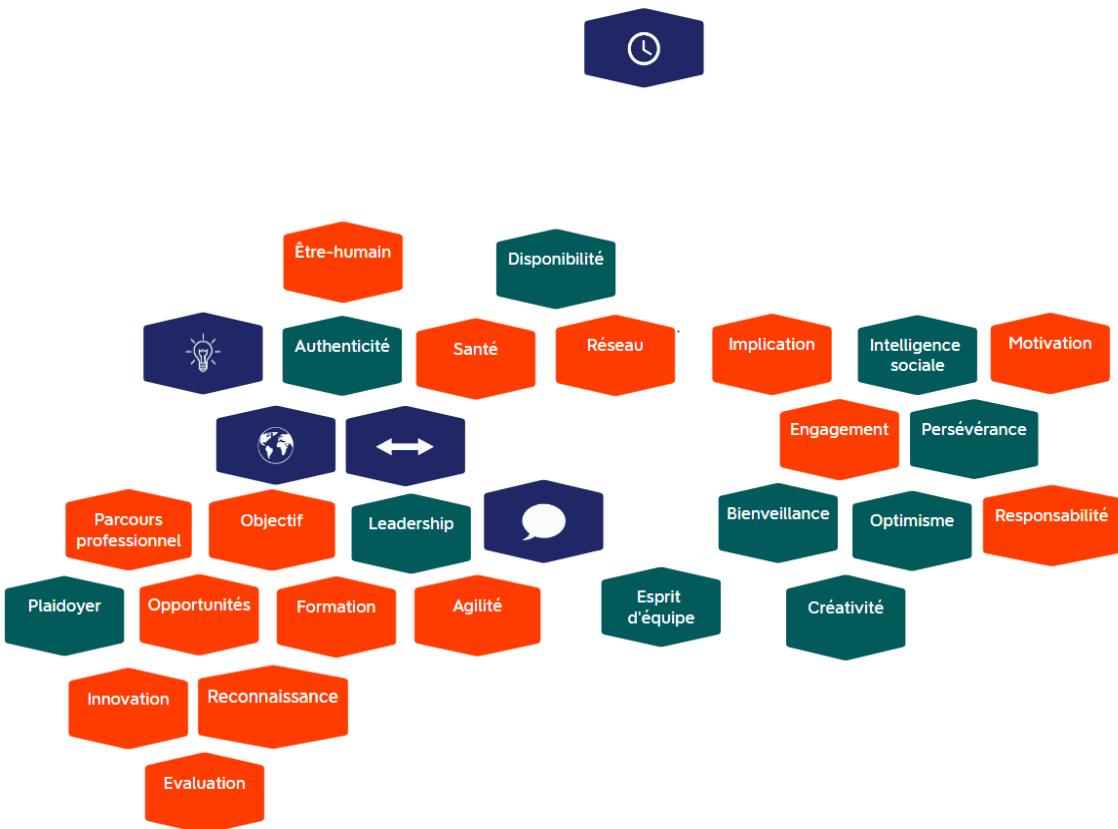
Le thème de la **structuration d'un dispositif régional** a été travaillé dans le cadre des groupes avec les médiateurs en santé et avec les coordinateurs et/ou encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé. Les considérations de modèle juridique et de modèle économique ont été mises de côté afin de concentrer la réflexion autour du portage, de la gouvernance et des besoins que les acteurs pouvaient exprimer vis-à-vis de ce dispositif régional ainsi que les missions qu'ils lui imaginent en conséquence.

Au sujet du **portage et de la gouvernance** de ce dispositif régional, il a été discuté plusieurs éventualités.

Pour le portage, les acteurs de la médiation en santé ont évoqué la possibilité d'une ou d'un ensemble de structures, devant être légitimes et reconnues sur tout le territoire. Différents scénarios/conditions ont pu être mis en avant dans le cadre des différents entretiens et groupes de travail. Guyane Promo Santé, de par son statut d'IREPS et sa certification QUALIOPI a été cité de nombreuses fois au cours des groupes de travail afin de porter ce dispositif ou faire partie des structures portant ce dispositif. Par ailleurs, il a été mentionné dans l'un des seconds groupes de travail la pertinence que la/les structures en tête de réseau ne soient pas des structures qui portent des postes et actions/programmes de médiation en santé afin d'éviter toute impression de concurrence vis-à-vis des autres structures portant de la médiation en santé. Des points de vigilance ont également été formulés au cours des différents temps d'échange sur le rayonnement régional que devrait avoir la structure ou l'ensemble des structures porteuses. Enfin, du fait de la difficulté de désigner une seule structure légitime sur tout le territoire Guyanais, concentrant l'ensemble des compétences nécessaires à la réalisation des missions imaginées à ce dispositif régional, explicitées plus bas dans ce document, il a été évoqué dans certains groupes de travail la possibilité que le dispositif régional soit porté en consortium et notamment que le consortium actuellement en place dans le cadre de la préfiguration de la stratégie soit poursuivi. La question de la composition actuelle de ce consortium et de son élargissement éventuel a également été posée au cours des groupes de travail.

À propos de la gouvernance, les acteurs ont évoqué la volonté d'une gouvernance collégiale avec une large représentation des structures portant de la médiation en santé sur le territoire, des médiateurs en santé, mais aussi des usagers. La possibilité de mise en place de comités thématiques regroupant les acteurs selon leur expertise a également été discutée.

À l'occasion du travail sur les **besoins et attentes vis-à-vis de ce dispositif régional** avec les directeurs/coordinateurs des structures, des cartes mentales ont été réalisées à l'aide d'un outil de photolangage. Les représentations des deux cartes mentales réalisées se trouvent ci-dessous :



Carte mentale réalisée dans le cadre du groupe de travail avec les encadrants des structures portant des programmes/actions de médiation en santé à Cayenne et Kourou le 27/06/2023.

Un certain nombre de notions telles que la reconnaissance, la formation, le réseau, la communication, le parcours professionnel, mais aussi la bienveillance, l'esprit d'équipe, la créativité, l'engagement, l'intelligence sociale, la communication ainsi que le temps ont été partagés durant les deux groupes.

La notion de **reconnaissance** a notamment été évoquée comme étant primordiale pour un bon exercice de la profession de médiateur en santé et a été mise en relation avec le niveau de **formation** et son caractère diplômant. Il a notamment été mentionné le fait que le Diplôme Universitaire actuellement en place en Guyane qui, n'étant pas diplômant, n'agit pas forcément positivement sur la reconnaissance du métier. Au-delà de la formation initiale **l'accompagnement** des médiateurs en santé a été identifié comme primordial, un volet de cet accompagnement pourrait notamment être mis en place via les dynamiques de réseau permettant également aux médiateurs des différentes structures d'être en contact. Sur le thème du réseau et de la communication il a été mentionné l'importance du partage d'expérience, mais aussi de l'analyse de pratiques et la construction d'une culture commune de la médiation en santé en Guyane.

La notion d'**optimisme** a aussi été partagée lors des deux groupes de travail, optimisme par rapport au développement de la médiation en santé sur le territoire et au niveau national, à la multiplication des postes de médiateurs pour répondre aux besoins et à leur action sur l'amélioration de l'état de santé des populations. Il a d'ailleurs été évoqué durant ces groupes l'importance de **replacer l'être humain**, c'est-à-dire les usagers et les bénéficiaires, **au centre de cette stratégie** car leur accompagnement vers et au sein du système de santé, leur bonne prise en charge et l'amélioration de leur santé est la finalité de la médiation en santé. Ainsi, comme mentionné plus haut, il a été suggéré une représentation des usagers au sein de la gouvernance du futur dispositif régional chargé de suivre le déploiement de la stratégie.

Par ailleurs, la notion de **leadership** a été soulignée notamment durant le groupe de Cayenne, dans le sens où il semble nécessaire qu'un leader prenne les devants car la majorité des structures bien qu'elles soient intéressées par le sujet n'ont pas le temps de le travailler de manière extensive. Ainsi, cette structure ou cet ensemble de structure portant le dispositif régional doit être légitime et reconnue sur l'ensemble du territoire. Ce dispositif devrait être à double sens dans la mesure où il devrait être en mesure d'animer et donner des directives, mais aussi de remonter les informations venant du terrain et faire le lien avec le national dans le cadre d'un échange continu. Ce dispositif doit perdurer dans le temps et empêcher le sujet de la médiation en santé de s'essouffler. Ce dispositif devrait être en mesure d'apporter un soutien et accompagnement aussi bien aux structures portant des actions/programmes de médiation en santé qu'aux médiateurs en santé notamment au travers de l'animation des dynamiques de réseau évoquées plus haut.

Dans tous les groupes, le **temps** a été évoqué comme étant la contrainte principale. Le temps a été évoqué en tant que contrainte dans le sens où différentes notions du temps doivent réussir à coexister et coïncider afin de mettre en place avec succès de tels dispositifs. Le temps des mesures prises au niveau du gouvernement au national, des acteurs institutionnels au niveau local, des acteurs mettant en place de la médiation en santé et des usagers n'est pas le même.

Au-delà des besoins évoqués par les encadrants vis-à-vis de la mise en place d'un tel dispositif régional, les **modalités de sa mise en place ont également été réfléchies**. Ainsi, les thématiques du portage, de la gouvernance, des missions et actions concrètes, des ressources nécessaires ainsi que des freins potentiels ont été travaillées avec les encadrants, mais aussi avec les médiateurs en santé.

Les **missions principales** imaginées à ce dispositif régional sont résumées dans le diagramme ci-dessous :



❖ Formation, formation continue et qualification

Bien que des limites s'imposent à nous au sujet de la **formation** et notamment de la formation initiale, dans la mesure où des travaux sont en cours au niveau national pour la mise en place d'une licence de médiation en santé, plusieurs éléments ont pu être discutés durant les groupes de travail.

Certaines inquiétudes ont notamment été partagées quant à la possibilité de la mise en place d'une telle licence, ses modalités d'accès, ses contenus (modules spécifiques à la Guyane), son accessibilité en termes géographique mais aussi en termes de niveau en particulier pour les médiateurs en santé des territoires de l'intérieur. En effet, bien que cette formation soit actuellement pensée en termes inclusifs avec des modalités d'accès et de validation différenciées selon les profils (VAE, VAPP), des inquiétudes ont été formulées notamment quant à la difficulté de constituer un dossier de VAE. En réponse à ce point, il a été mentionné par un participant l'existence de la "clause d'antériorité" dite "clause grand-père" qui est fréquemment utilisée lorsque de nouvelles exigences de diplômes sont mises en place pour pouvoir exercer une profession. Cette dernière pourrait permettre aux médiateurs en santé expérimentés, répondant à un certain nombre de critères déterminés, de maintenir leurs acquis sans avoir à valider la licence. Par ailleurs, il a également été mentionné au cours d'un groupe de travail que les modalités de d'accès et de validation de la VAE ont été assouplies fin 2022 afin de rendre le dispositif plus accessible. De plus, depuis mai 2023 une expérimentation est en cours sur trois ans visant à déployer la VAE dite « inversée ». Les candidats engagés dans ces parcours sur-mesure bénéficieront d'un contrat de travail leur permettant de se former par la pratique, d'acquérir de l'expérience et de décrocher, in fine, une certification par la voie de la VAE.

De plus, comme mentionné plus haut des inquiétudes marquées ont été exprimées vis-à-vis de la mise en place d'une telle formation notamment dans l'Ouest et dans l'Est Guyanais. En effet, il semblerait que dans l'Ouest et dans l'Est et notamment pour les territoires de l'intérieur et les communes telles que Camopi, Trois Sauts, Maripasoula ou encore Grand Santi, le critère qui prime au moment du recrutement est celui de la parité plutôt que celui de la formation. Ainsi, si à termes une licence est nécessaire afin d'accéder au titre de médiateur en santé, il serait alors difficile de recruter des médiateurs en santé dans ces communes du fait du nombre peu important de personnes formées et des difficultés d'accès à la formation (e.g. nombre relatif de personnes ayant suivi un

enseignement secondaire et offre de formation concentrée sur le littoral), le critère de formation serait alors très excluant pour le recrutement dans ces communes. En effet, une vision assez partagée est qu'il serait difficile pour un médiateur non issu des communautés accompagnées d'intervenir sur ces communes. Un risque serait alors que des médiateurs en santé soient recrutés sous un autre intitulé, allant à l'encontre des dynamiques de reconnaissance et de professionnalisation du métier.

Une partie des inquiétudes exprimées quant à la mise en place d'une telle formation ont été remontées au Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé à l'occasion de la venue en Guyane des deux représentantes de Sidaction.

Par ailleurs, il a été évoqué à plusieurs reprises la nécessité de mettre en place des temps de "**remise à niveau**", aussi bien en langue française qu'en termes de temps de préqualification en amont de la prise de poste concernant notamment la posture professionnelle, la rédaction professionnelle ou encore les bases du droit du travail. La thématique d'une **formation préqualifiante** a été approfondie au cours des groupes de travail n°2, mais aussi au cours des entretiens menés avec les encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé.

Si des différences d'appréciation concernant la durée que devrait avoir cette formation, passant d'une semaine à trois mois, ont pu être exprimées durant les groupes de travail, la nécessité et la pertinence de la mise en place d'un tel temps de préqualification ont été admises par la plupart des professionnels rencontrés dans le cadre des groupes de travail et entretiens.

En effet, cette formation préqualifiante pourrait constituer une réponse au manque de formation de certains médiateurs en santé n'ayant pas ou pas encore bénéficié d'une formation dans le domaine de la médiation pour diverses raisons (e.g. moyens des structures, promotions annuelles du DU, investissement nécessaire pour suivre le DU, rigidité des plans de formation - notamment dans le milieu hospitalier-, difficulté perçue du DU par certains médiateurs). À l'heure actuelle, les structures prennent plus au moins à leur charge en interne ce type de formation à la prise de poste, en fonction du temps et des ressources disponibles. L'idée serait de proposer une formation préqualifiante harmonisée pour les médiateurs en santé nouvellement recrutés sans formation initiale.

L'objectif commun de cette formation globalement partagé par tous les participants des différents groupes de travail et entretiens est d'assurer aux médiateurs en santé nouvellement recrutés sans formation de base, de bonnes conditions de prise de poste et une base professionnelle commune. En effet, offrir une telle formation permettrait d'assurer une qualité de prise en charge protégeant aussi bien les médiateurs en santé que les publics accompagnés de par l'acquisition de connaissances de base en termes de :

- Posture professionnelle (neutralité, distanciation) et cadre déontologique (confidentialité et le secret professionnel, non-jugement, respect de la volonté des personnes)
- Connaissance du tissu associatif
- Connaissances du système de santé (prévention, accès aux soins)
- Connaissance des systèmes d'accès aux droits,
- Connaissances médicales
- Connaissances sociologiques / ethnologiques
- Techniques de base d'animations collectives et entretiens individuels
- Interculturalité
- Connaissances du cadre organisationnel du travail en termes de droits et devoirs (RH, salaire, congés, horaires, etc.)
- Remise à niveau en termes d'écrit professionnel, utilisation des outils informatiques de base
- En lien avec la sensibilisation des professionnels du secteur médico-social et autres partenaires à la médiation en santé, un module pour apprendre aux médiateurs en santé à se présenter et à présenter leur métier a également été réfléchi

Selon la durée de la formation et les possibilités d'aborder l'ensemble de ces sujets dans un temps imparti ou non, une priorisation de modules pourra être effectuée.

Concernant la mise en œuvre de cette formation préqualifiante, il a été globalement admis qu'elle puisse être mise en place par la ou les structures - regroupées en consortium - qui porteraient le déploiement de la stratégie, accompagnées des structures compétentes en termes de formation (ADER, COMEDE, CHC, GPS, AIDES, etc.) et dispensant déjà des modules pouvant faire partie de cette formation préqualifiante. Il a également été partagé l'idée que la structure ou le consortium devrait se doter d'une ressource humaine de type coordinateur entourée d'une équipe de médiateurs expérimentés qui pourraient devenir formateurs de médiateurs et être en partie en charge de cette formation, mais aussi de l'animation du réseau, etc.

Comme évoqué plus haut, des discussions ont pris place durant les groupes de travail concernant les modalités de mise en place de cette formation. Sur la durée de la partie théorique la plupart des propositions tablaient sur un temps court entre 1 et 2 semaines, mais une proposition penchait plutôt sur trois mois. En revanche, toutes les propositions s'accordaient sur le principe, que la partie théorique de cette formation soit assortie d'une période d'immersion/stage croisé dans une structure, accompagné d'un médiateur en santé expérimenté, sur le mode du compagnonnage.

De plus, il a été admis que dans la mesure où il serait impossible d'organiser une telle formation à chaque recrutement, un calendrier fixant trois à quatre sessions par an devrait être défini, quitte à annuler des sessions si jamais il n'y avait pas ou pas assez d'inscrits. L'organisation d'une session par trimestre permettrait généralement aux médiateurs en santé nouvellement recrutés de bénéficier de cette formation dans un maximum de trois mois suivant leur prise de poste.

Enfin, des discussions ont eu lieu quant aux critères d'admission à cette formation, mais aussi à une éventuelle sanction la clôturant. De manière générale, après discussions, il a été partagé que cette formation ne devrait être accessible qu'aux personnes qui ont effectivement été recrutées à un poste de médiateur en santé au sein d'une structure qui aurait la responsabilité d'inscrire ses nouvelles recrues à la formation et non pas aux personnes en recherche d'emploi. Les modalités de financement de cette formation n'ont pas été réfléchies dans le détail dans le cadre de ces groupes de travail, mais l'ARS, le FONJEP, le FSE, la Préfecture ou encore les opérateurs de compétence ont été cités.

Concernant la sanction à la fin de formation, il a été globalement décidé qu'elle serait contreproductive sur un temps de formation aussi court et pourrait être source de découragement. Ainsi, une simple attestation de suivi de la formation pourrait être remise.

Aussi un certain nombre de risques plus ou moins probables ou avérés ont été cités par les participants aux seconds groupes de travail comme le manque de financements pour cette formation, l'hétérogénéité des médiateurs et des structures, le turn-over important, la disponibilité des médiateurs, la disponibilité des formateurs afin d'assurer plusieurs sessions par an, la faisabilité de cette formation si elle devait durer trois mois et la démotivation que cela pourrait engendrer, le risque que les médiateurs et/ou les structures se contentent de cette formation et ainsi ne continuent pas vers le DU par exemple, la nécessité de compléter cette formation en interne pour les structures.

Un certain nombre de forces internes ont également été citées telles que la préexistence de nombreuses ressources pédagogiques pouvant servir dans le cadre de cette formation préqualifiante et la possibilité de mutualiser et capitaliser dessus, le nombre important de médiateurs expérimentés en Guyane ou encore la longue expérience de la médiation en santé sur le territoire guyanais.

Par ailleurs, concernant la formation continue et la qualification, des demandes ont été formulées en lien avec le partage d'informations sur les temps de formation thématiques (santé mentale, addictions, pathologies, etc.) organisés sur le territoire ou leur possible mise en place. En effet, plusieurs médiateurs ont exprimé le souhait d'être davantage outillés sur certains sujets afin d'améliorer la qualité de leur accompagnement.

Enfin, une autre dimension du volet formation ayant été évoquée est la **formation/sensibilisation**

à la médiation en santé des professionnels du secteur médico-social, mais aussi des différents partenaires amenés à travailler avec les médiateurs en santé. En effet, ce programme de sensibilisation a été évoqué comme solution au manque de reconnaissance et considération du travail des médiateurs en santé du fait de la méconnaissance de leurs rôles et missions. Dans le cadre du groupe de travail avec les médiateurs en santé du littoral de Cayenne et Kourou le contenu de ce programme a commencé à être réfléchi, ce travail a été également approfondi lors des groupes de travail n°2 avec les encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé et au cours des différents entretiens menés.

Les objectifs de tels temps/outils de sensibilisation des professionnels du secteur médico-social (médecins, personnels soignants, AS, travailleurs sociaux) et autre partenaires institutionnels (Préfecture, CTG, mairies, rectorat, caisses et agences nationales et leurs agents) tels que définis au cours des groupes de travail sont nombreux:

- Améliorer l'accueil des médiateurs en santé au sein des structures
- Faire comprendre les différentes missions et tâches des médiateurs en santé en explicitant la différence avec le rôle de traducteur et les autres types de médiateurs (médiaires sociaux, médiateurs juridiques, etc.) dans un souci de clarification du périmètre d'intervention des médiateurs en santé
- Éviter les préjugés à l'encontre des médiateurs en santé
- Faciliter les relations de travail et expliciter les liens/articulations entre les différents professionnels tout en favorisant la relation de confiance professionnelle entre les différents professionnels et les médiateurs (rappel du cadre déontologique auquel sont soumis les médiateurs en santé)
- Expliciter la plus-value de la présence des médiateurs en santé pour les différents professionnels dans la prise en charge de l'usager au-delà de la traduction
- Valoriser les savoirs expérientiels des médiateurs et leur connaissance du terrain
- Faciliter les accompagnements et la qualité du travail
- Favoriser le sentiment de légitimité des médiateurs en santé

Concernant les médiums à utiliser afin de sensibiliser les professionnels du secteur médico-social et autres partenaires à la médiation en santé, plusieurs idées ont été évoquées. Il a été décidé que des temps collectifs en présentiel devraient avoir lieu. Afin de ne pas multiplier les réunions et autres temps d'échange, il serait préférable d'utiliser à ces fins des temps réguliers déjà organisés au sein des structures (GAP, réunions d'équipe et de services, réunion de présentation des équipes à la prise de poste, etc.). Ces temps obligatoires en présentiel à destination de tous les professionnels, même les plus aguerris, auraient vocation à être concis et à être complétés par des médiums complémentaires tels qu'un livret d'information sur la médiation en santé, des supports vidéos, des campagnes de communication ou encore des temps d'immersion avec les médiateurs en santé. Il a d'ailleurs été mentionné le fait qu'il serait pertinent que les médiateurs puissent, dans la mesure du possible, se présenter et présenter leur métier eux-mêmes au cours des temps en présentiel en particulier dans les structures ayant des médiateurs en santé. Une des suggestions faites proposait également que ces temps de sensibilisation soient animés en partant des représentations et des besoins des participants/structures et qu'une certaine délicatesse soit être adoptée dans l'approche afin de ne pas vexer les différents professionnels. Par ailleurs, il a été évoqué la nécessité de communiquer davantage autour de la médiation en santé de manière générale afin de faire connaître le métier (médiatisation des remises de diplôme du DU, création de contenu, etc.)

Pour les structures institutionnelles (préfecture, CTG, mairies, rectorat, CAF, CGSS, etc.) il a été discuté la possibilité de passer par les référents santé existants (e.g. rectorat) ou la désignation de nouveaux référents santé via un conventionnement avec l'ARS, référents qui seraient formés par le dispositif régional et seraient chargés de sensibiliser à la médiation en santé les agents de leurs structures à l'aide d'un kit mis à disposition et un nombre de sessions de sensibilisation défini par an.

Il serait notamment pertinent que l'organisation de ces temps soit communiquée via l'Agence Régionale de Santé afin de donner plus de poids à ces initiatives.

À termes, une sensibilisation à la médiation en santé sera intégrée à la formation initiale des personnels soignants, elle gagnera tout de même à être complétée et réitérée dans le cadre de l'exercice professionnel de ces praticiens.

Enfin, un autre élément qui a été mentionné durant les groupes de travail et entretien mais dont les modalités n'ont pas été travaillées est la **sensibilisation du grand public à la médiation en santé**. En effet, les usagers n'ont pas forcément connaissance de la médiation en santé et de la

possibilité de recourir à un médiateur en santé en cas de besoin. Ainsi, il a été évoqué l'éventualité de la mise en place de campagnes d'affichage notamment dans les structures hospitalières, centres de santé et autres. Cependant, certains encadrants ont fait part de leurs inquiétudes, du fait du nombre limité de médiateurs en santé, une campagne d'affichage pourrait créer un besoin auquel ils ne seraient pas en mesure de répondre.

❖ **Accompagnement des médiateurs en santé et des structures portant ou souhaitant porter des actions/programmes de médiation en santé et dynamiques de réseau**

Au sujet de l'accompagnement des médiateurs en santé, il a notamment été discuté **la poursuite des dynamiques de réseau** au travers de la création d'un réseau unique des médiateurs en santé en Guyane unifiant les dispositifs existants (réseau des médiateurs en santé du littoral et PAFMTI) afin de poursuivre la mise en contact et l'échange entre les médiateurs en santé du territoire. De plus, une demande souvent réitérée concernait l'organisation de sessions d'analyses de pratiques entre les médiateurs en santé des différentes structures, réalisées par des tiers qualifiés, ainsi que des temps de résolution de cas complexes.

De manière interne aux structures il a également été discuté l'importance du suivi et de l'accompagnement des médiateurs sur le terrain, l'organisation de temps d'analyses de pratiques, mais aussi la mise en place d'un soutien psychologique ainsi que l'évaluation du bien-être au travail des médiateurs.

Concernant **l'accompagnement des structures**, il a été évoqué le besoin d'un **accompagnement individuel** des structures, à la carte selon les besoins propres à chacune, au sujet notamment de la définition de la place de la médiation en santé au sein des structures et de leur projet associatif et par extension de leurs projets/dispositifs. En effet, certaines structures ayant des médiateurs en santé en poste ont encore du mal à positionner la médiation en santé en interne. Cet accompagnement s'adresserait également aux structures souhaitant adopter la médiation en santé.

Au sujet de **l'accompagnement collectif** des structures, il a été mentionné la possibilité de la mise en place d'un réseau des directeurs/coordinateurs/encadrants. En accord avec les points évoqués durant les groupes de travail, ce réseau se voudrait davantage pratique avec notamment des temps de formation sur l'ingénierie de financement ou encore des temps de travail sur le montage de projets inter-structures etc. L'organisation de tels temps d'échange et de travail pourrait notamment apporter une réponse partielle à des inquiétudes exprimées quant à l'obtention de financement afin d'assurer la pérennisation des postes des médiateurs en santé au sein des structures, mais aussi à la difficulté de dégager du temps au quotidien pour la mise en place de coopérations et collaborations entre structures. L'adoption d'un tel format répondrait également aux limites de la mise en place d'un réseau encadrant purement théorique pouvant rapidement être considéré comme redondant et chronophage.

Une autre demande formulée par les encadrants est relative à la mise à disposition d'outils, de ressources documentaires, mais aussi d'un accompagnement à la recherche d'emploi et à l'embauche. Ces éléments pourraient être mis à la disposition des structures et médiateurs en santé au travers de la création d'une **plateforme ressource en ligne**.

Les outils demandés relèvent aussi bien de trames de fiches de poste que de fiches actions ou encore d'outils de suivi de l'activité et d'évaluation.

Les ressources documentaires, elles, permettraient de capitaliser sur ce qu'il se passe au sujet de la médiation en santé au niveau local, national, mais aussi à l'échelle internationale. La plateforme pourrait par exemple être utilisée afin de partager les avancées conquises notamment à la suite de la remise du rapport interministériel et au sujet des différentes réformes prévues au niveau national. La plateforme constituerait également un espace de partage de toutes les informations pertinentes relatives à la médiation en santé sur le territoire telles que les évènements (journées diverses,

conférences, etc.) et sessions de formation organisées en lien avec la médiation en santé. Enfin, en lien avec les difficultés exprimées par les encadrants des structures quant au recrutement de médiateurs en santé qualifiés et formés selon leurs spécialités, mais aussi à celles exprimées par les médiateurs en santé à trouver un poste, la création d'un espace emploi en ligne permettrait de mettre en relation les médiateurs en santé demandeurs d'emploi avec les structures recruteuses et vice versa.

Une autre des missions identifiées à ce dispositif régional par les acteurs de la médiation en santé est également un volet **recherche-action/évaluation**. En effet, il a été évoqué le manque de recherche sur le sujet de la médiation en santé et de son impact ou le manque d'informations partagées sur les recherches existantes à ce sujet, ce qui révèle la nécessité de faire le point sur les recherches en cours. Du fait d'une utilité de la médiation en santé qui n'est plus à prouver, mais qui reste encore à démontrer auprès de certains acteurs (acteurs institutionnels, directions hospitalières, etc.), le portage d'un CIFRE par le dispositif régional sur l'impact de la médiation en santé en Guyane a été évoqué.

Les discussions concernant l'évaluation ont été poursuivies durant les deuxièmes groupes de travail en entretiens avec l'idée généralement partagée qu'il manque de données scientifiques chiffrées (analyse quantitative) afin d'étayer la pertinence et l'efficacité de la médiation en santé. Cette analyse devrait notamment être orientée en termes d'économie de la santé avec une analyse en termes de coûts évités via par exemple une mesure de la réduction des délais d'ouverture des droits ou encore de la réduction des durées d'hospitalisation lorsque la médiation en santé intervient. Pour les structures qui n'ont pas encore de médiateurs en santé une analyse avant/après serait également intéressante afin de mesurer l'impact de la médiation en santé. Bien que les indicateurs seraient au moins en partie différents en fonction de l'activité de la structure (santé, social, soin) une base commune devrait être trouvée afin de pouvoir agréger les données à un niveau régional.

Une analyse des parcours de santé des usagers serait également intéressante afin de voir quel a pu être le rôle de la médiation en santé dans ces parcours et notamment expliciter les liens entre milieu associatif et milieu hospitalier. Le rôle de la médiation en santé dans la "réussite" de ces parcours pourrait être mis en lumière.

❖ **Diagnostic régional et renforcement des équipes**

Il a également été évoqué aux participants, dans le cadre de la stratégie régionale de la médiation en santé, la possibilité de la mise en place d'une **mission d'observation** afin de répondre aux besoins d'un **diagnostic régional de la médiation en santé** comprenant notamment un diagnostic des besoins approfondi ainsi qu'une analyse sur les zones blanches de médiation en santé en Guyane. Il a été conseillé par la plupart des encadrants que ce questionnaire soit envoyé au niveau des directions/coordinations des structures afin de s'assurer de récolter un maximum de réponses et réponses précises. Ce questionnaire a été partagé aux structures par l'intermédiaire de l'ARS fin septembre 2023. Il sera un premier pas dans le cadre de l'élaboration d'un diagnostic régional de la médiation en santé. Cependant, il est à noter que le diagnostic des besoins qui ressortira de ce questionnaire ne concerne que les besoins supplémentaires des structures/services disposant déjà de médiateurs en santé et ne vise pas les structures/services n'ayant pas encore recours à la médiation en santé. La mission d'observation n'a par ailleurs pas été travaillée en tant que telle durant les différents groupes de travail.

IV. Perspectives

Comme évoqué en introduction de cette synthèse, deux groupes de travail n°1 avec les encadrants

restent à réaliser sur les communes de Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula. Selon le nombre de participants et les possibilités d'accès, les formats de tenue de ces deux groupes de travail pourront éventuellement être adaptés.

Dans la continuité du travail engagé, de seconds groupes de travail ont été organisés avec les encadrants des structures portant des actions et/ou programmes de médiation en santé sur les communes de Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni. Les thématiques de la formation préqualifiante, de la sensibilisation à la médiation en santé à destination des professionnels du secteur médico-social et partenaires ainsi que la question de l'évaluation ont été approfondies au cours de ces seconds groupes.

Pour des raisons logistiques, les groupes de travail prévus sur les communes de Saint-Georges-de-l'Oyapock et Maripasoula ont été remplacés par des entretiens avec les encadrants des structures/services portant des actions/programmes de médiation en santé. Ainsi, ce sont quatre entretiens qui ont été menés à Saint-Georges-de-l'Oyapock et plusieurs entretiens prévus à Maripasoula.

Par ailleurs, comme mentionné, un questionnaire détaillé a été partagé fin septembre 2023 aux directeurs et coordinateurs des structures ayant des postes de médiateurs en santé afin d'approfondir le diagnostic régional de la médiation en santé. Une première analyse des réponses collectées sera réalisée.

Enfin, afin de faire part des avancées et de les valider avec les acteurs ayant pris part aux groupes de travail et aux travaux d'élaboration de la stratégie régionale de la médiation en santé de manière générale, une première restitution plénière est prévue le lundi 6 novembre 2023 en amont du point d'étape prévu avec l'ARS le jeudi 9 novembre 2023 et du COPIL n°2 prévu le lundi 4 décembre 2023.

8. Questionnaire en ligne à destination des structures et résultats

Diagnostic de la médiation en santé en Guyane

ADER Guyane, Guyane Promo Santé et le Centre de Ressources Politique de la ville de Guyane portent en consortium l'élaboration d'une stratégie régionale de la médiation en santé pilotée par l'Agence Régionale de Santé de Guyane.

Le développement de la médiation en santé sur le territoire guyanais fait l'objet de discussions, d'événements, de dispositifs de formation, d'accompagnement et de coopération entre acteurs depuis le début des années 2000. L'ambition de la stratégie régionale de la médiation en santé vise à proposer un **ensemble renforcé, structuré et lisible par tous les acteurs concernés**.

Cette stratégie régionale s'inscrit dans un **contexte national porteur** sur le sujet notamment avec la création du Collectif pour la Promotion de la Médiation en Santé et la mise en place d'une mission interministérielle en fin d'année dernière, dans le cadre du Comité National de la Refondation, visant à formuler une stratégie dite "d'aller vers".

Ce questionnaire à destination des directeur.ice.s et/ou coordinateur.ice.s des structures et/ou services portant des actions/programmes de médiation en santé a pour objectif le recueil de données objectives et des besoins identifiés afin d'établir un **diagnostic de la médiation en santé en Guyane**.

Quel est le nom de votre structure ? (si vous remplissez le questionnaire pour une * antenne particulière de votre structure merci de le préciser)

Votre réponse

Si applicable, quel est le nom de votre service ?

Votre réponse

Merci de renseigner votre adresse mail : *

Votre réponse

Quel est le statut de votre structure ? *

- Établissement public de santé (Centres Hospitaliers, Centres Hospitaliers Régionaux)
- Établissement public social et médico-social (structures de prévention, dépistage et accompagnement précoce ; structures permettant un accompagnement en milieu ordinaire de vies ; structures d'accompagnement en institution - Ex: IME, ACT, CAARUD, etc.)
- Association
- Collectivité territoriale
- Autre :

Quelle est l'activité principale de votre structure ? *

- Santé (promotion de la santé, prévention, accès aux droits)
- Social
- Combiné
- Soins
- Autre :

Où se situe le siège de votre structure ? *

- Cayenne
- Rémire-Montjoly
- Matoury
- Kourou
- Saint-Georges de l'Oyapock
- Saint-Laurent-du-Maroni
- Maripasoula
- Autre :

Quelles sont les communes dans lesquelles votre structure intervient ? *

- Cayenne
- Rémire-Montjoly
- Matoury
- Macouria
- Kourou
- Iracoubo
- Régina
- Saint-Georges de l'Oyapock
- Camopi
- Trois-Sauts
- Saint-Laurent-du-Maroni
- Grand-Santi
- Maripasoula
- Papaïchton
- Antécume-Pata
- Talhuwen
- Autre :

Combien de postes de médiateur.rice.s en santé votre structure ou service possède-t-il ? *

Sélectionner ▾

Certains de ces postes sont-ils actuellement inoccupés, si oui combien ?

Sélectionner ▾

Si vous êtes une association ou un acteur hospitalier du secteur privé, votre structure est-elle rattachée à une convention collective ? *

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

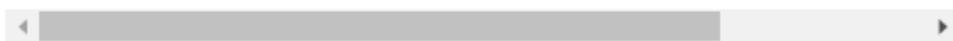
- CNN51
- ALISFA
- CC1147
- CC56
- CCCF
- CCN66
- ECLAT
- CC Hospitalière privée
- PACT ARIM
- Autre :

Si vous n'avez pas de convention collective, disposez-vous d'accords internes à votre structure ?

- Oui
- Non

Quels statuts ont les médiateur.rice.s en santé dans votre structure et combien avez-vous de médiateur.rice.s par catégorie ? *

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Salarié de Droit commun	<input type="radio"/>								
Adulte-relais	<input type="radio"/>								
Salarié via Contrat Parcours Emploi Compétences (PEC) - CUI/CAE	<input type="radio"/>								
Salarié via FONJEP	<input type="radio"/>								
Salarié via Emplois Francs	<input type="radio"/>								
Autre	<input type="radio"/>								



Si autre, veuillez préciser :

Votre réponse

Quel est l'intitulé de poste de vos médiateur.rice.s en santé ? *

- Médiateur.rice en santé
- Médiateur.rice social
- Animateur.rice
- Autre :

Les médiateur.rice.s en santé travaillant dans votre structure ont-ils une fiche de poste dédiée ? *

- Oui
- Non

Quelles sont les missions principales décrites dans leur fiche de poste ? *

Votre réponse

Combien de vos médiateur.rice.s en santé sont en CDD ? *

Sélectionner ▼

Combien de vos médiateur.rice.s en santé sont en CDI ? *

Sélectionner ▾

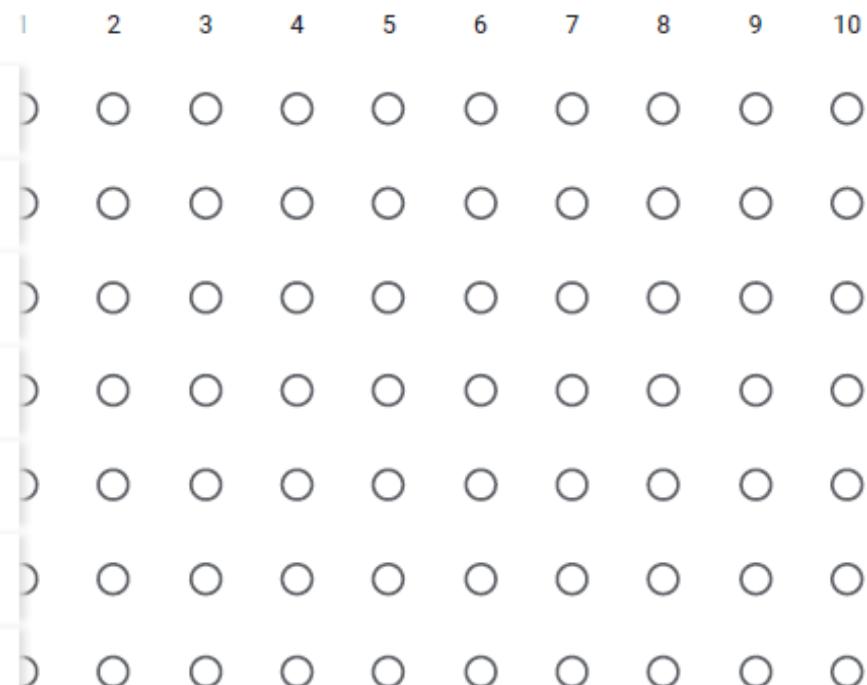
Combien de vos médiateur.rice.s en santé sont à temps plein ? *

Sélectionner ▾

Combien sont à temps partiel ? *

Sélectionner ▾

Pour les temps partiel, merci de préciser les pourcentages :



Disposez-vous d'une grille salariale au sein de votre structure dans laquelle les médiateur.rice.s en santé sont représenté.e.s ? *

- Oui
- Non

Quel est le salaire d'entrée en tant que médiateur.trice en santé à temps plein au sein de votre structure ? *

- SMIC
- 1400-1600 € net
- 1600 - 1800 € net
- 1800 - 2000 € net
- 2000 - 2200 € net
- 2200 - 2400 € net
- Autre :

Comment les postes de médiateur.rice.s en santé sont-ils financés au sein de votre structure ? *

- Financements propres (dons, levées de fonds, etc.)
- Subventions publiques pluriannuelles
- Subvention publiques sur appels à projet
- Subventions privées pluriannuelles (fondations, entreprises, etc.)
- Subventions privées sur appels à projet (fondations, entreprises, etc.)
- Financements liés aux emplois aidés
- Autre :

Êtes-vous financé par l'État au niveau national ? (DGS etc.) *

- Oui
 Non

Si oui, veuillez préciser par quel ministère/direction générale :

Votre réponse

Êtes-vous financé par l'État au niveau local ? *

- Oui
 Non

Si oui, veuillez préciser le service et la nature des crédits :

Votre réponse

Êtes-vous financé par l'ARS ? *

- Oui
 Non

Bénéficiez-vous d'un CPOM avec l'ARS ? *

- Oui
 Non

Êtes-vous financé par des agences et caisses nationales ? Si oui, merci de préciser :

ANCT

CPAM

CAF

Autre :

Êtes-vous financé par des collectivités territoriales ? Si oui, merci de préciser :

CTG

EPCI

Communes

Si applicable, merci de détailler les EPCI et/ou les communes :

Votre réponse

Êtes-vous financé via les contrats de ville ? Si oui, via quelle programmation ?

Contrats locaux de santé

Autre programmation de la politique de la ville

Si autre programmation, merci de préciser :

Votre réponse

Êtes-vous financé via des fonds propres (adhésions, dons, levées de fonds, etc.) *

- Oui
- Non

Si oui, merci de préciser :

Votre réponse

Êtes-vous financé via des fonds privés ? Si oui, par quels biais ? *

- Fondations
- Entreprises
- Autre :

Quel est le budget annuel de votre structure ? *

- Inférieur ou égal à 50 000 €
- Entre 50 000 € et 100 000 €
- Entre 100 000 € et 250 000 €
- Entre 250 000 € et 500 000 €
- Entre 500 000 € et 750 000 €
- Entre 750 000 € et 1 million €
- Supérieur ou égal à 1 million €

Votre structure est elle rattachée à un organisme collecteur de fonds de formation ? *

- Oui
- Non

Si oui, lequel ?

- OPCO Santé - secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non-lucratif ;
- secteur des services de santé au travail interentreprises (SSTI) ; secteur de l'hospitalisation privée , secteur du thermalisme
- UNIFORMATION - cohésion sociale
- OPCO entreprises de proximité - artisanat, professions libérales, services de proximité
- ANFH - fonction publique hospitalière
- CNFPT - fonction publique territoriale
- Autre :

Vos médiateur.rice.s en santé ont ils suivi des formations spécifiques ? *

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

	1	2	3	4	5	6	7	8
Titre professionnel MSADS	<input type="radio"/>							
Titre professionnel AMIS	<input type="radio"/>							
DU médiation en santé	<input type="radio"/>							
PAFMTI (Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs des Territoires de l'Intérieur)	<input type="radio"/>							
IRDTS	<input type="radio"/>							
Programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique de l'IMEA (2000-2005)	<input type="radio"/>							

Combien de vos médiateur.rice.s ont suivi une formation dédiée avant de rejoindre votre structure ? *

Sélectionner

Combien de vos médiateur.rice.s ont suivi une formation dédiée une fois en poste au sein de votre structure ? *

Sélectionner



La formation de vos médiateur.ice.s en santé a-t-elle été financée via votre organisme collecteur de fonds de formation ? *

Oui

Non

Si non, comment a été financée la formation ?

Votre réponse

Les médiateur.rice.s en santé de votre structure travaillent-ils en équipes pluridisciplinaires ? *

Oui

Non

Si oui, de quels professionnels sont composées ces équipes ?

Votre réponse

Votre structure fait-elle partie de réseaux ? Si oui, lesquels ?

Votre réponse



Vos médiateur.ice.s en santé font-ils partie de réseaux ? Si oui, lesquels ?

Votre réponse

Estimez-vous avoir besoin de renforcer l'équipe de médiateur.ice.s en santé au sein de votre structure/service ? *

- Oui
- Non

Si oui, de combien des médiateur.ice.s en santé en plus estimez-vous avoir besoin ? *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 et plus

Comment justifiez-vous ce besoin ? *

Votre réponse

Quelles seraient les missions de ces nouveaux médiateur.ice.s en santé au sein de votre structure/service ? *

Votre réponse



Ce besoin vise-t-il un autre public (âge, genre, situation etc.) que le public cible actuel, si oui lequel ? *

Votre réponse

Ce besoin vise-t-il de nouveaux territoires d'intervention, si oui lesquels ? *

Votre réponse

9. Analyse des réponses au questionnaire

Stratégie Régionale de la Médiation en Santé

Analyse du questionnaire envoyé aux structures

INTRODUCTION

Au total, 26 réponses au questionnaire ont été recueillies. Parmi ces réponses, 16 structures portant des postes de médiateurs en santé et/ou actions de médiation en santé sont représentées. Pour le CHC, ce sont 4 services/projets de santé publique différents pour lesquels des questionnaires ont été remplis, pour le CHOG il s'agit de 5 services/projets de santé publique différents.

Afin d'assurer une cohérence de l'analyse, pour les questions relevant du niveau structurel, les réponses ont été fusionnées en une seule réponse pour les services du Centre Hospitalier de Cayenne, du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, le Réseau Kikiwi (Est et Ouest) et la Croix-Rouge Française (EMSE et Centre de Santé de Saint-Laurent-du-Maroni).

Par ailleurs, afin d'aboutir à un diagnostic le plus exhaustif possible, certaines réponses au questionnaire ont été complétées par endroits avec les informations dont nous disposions par ailleurs. C'est notamment le cas concernant les structures déployant de la médiation en santé connues n'ayant pas répondu au questionnaire et le nombre de médiateurs connus dans ces structures et leur position géographique (les informations ajoutées sont grises).

Enfin, bien que les intitulés de postes soient divers, comme le montrent les réponses au questionnaire, par souci de compréhension, les professionnels concernés par ces réponses au questionnaire seront dénommés médiateurs en santé tout au long de l'analyse de ce questionnaire.

STRUCTURES ET SERVICES PORTANT DE LA MÉDIATION EN SANTÉ SUR LE TERRITOIRE GUYANAIS

STRUCTURES		ANTENNES / SERVICES / PROJETS				
L'Arbre Fromager						
Réseau Kikiwi	Antenne Est	Antenne Ouest				
Croix-Rouge française	Équipe Mobile de Santé Environnementale (EMSE)	Centre de Santé de Saint-Laurent-du-Maroni				

Association Akatij	Antenne de Cayenne	Antenne de Kourou	Antenne d'Awala-Yalimapo	Antenne de Saint-Laurent-du-Maroni	Antenne de Maripasoula	Antenne de Saint-Georges
Centre Hospitalier de Cayenne	DRISP (Département Recherche Innovation et Santé Publique)	EMSPEC (Équipes Mobiles de Santé Publique en Communes)	Pôle Santé Mentale	UMED (Unité Mobile d'Education thérapeutique de Diabétologie du Service d'Endocrinologie/ Diabétologie/Nutrition)	Hôpitaux de proximité (Saint-Georges, Maripasoula, Grand Santi) et CDPS (Camopi, Trois-Sauts, Talhuwen, Antécume-Pata)	
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais	EMAS	PASS	Cabinet de santé	Département de santé publique	CMP Maripasoula	
Maison de Santé Léopold						
Médecins du Monde						
DAAC	Antenne de Rémire-Montjoly	Antenne Saint-Georges-de-l'Oyapock				
ADER Guyane	Antenne de Kourou	Antenne Maripasoula				
Entr'Aides Guyane						
ID Santé	Antenne de Cayenne	Antenne Saint-Georges				
Comede						
Guyane Promo Santé	Antenne de Cayenne	Antenne Saint-Laurent-du-Maroni				
AGRRR						

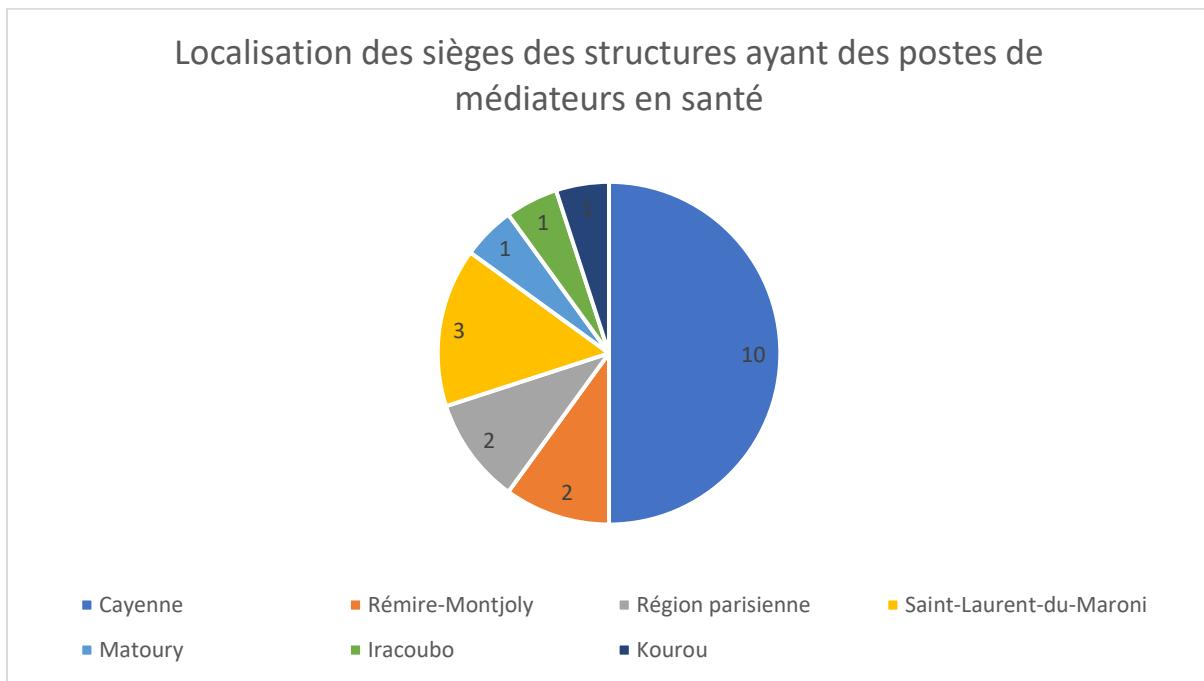
AIDES	Antenne Saint- Laurent-du- Maroni	Antenne Maripasoula				
DSU/CLS Matoury						
APS Village						
APAHJ	Saint- Laurent du Maroni	Cayenne	Rémire- Montjoly			
Jakoewale						

Les sièges de la grande majorité des structures (9/16) se trouvent à Cayenne, tandis que 2 se trouvent à Saint-Laurent, 2 à Rémire-Montjoly, 2 en région parisienne (associations nationales) et enfin 1 à Kourou.

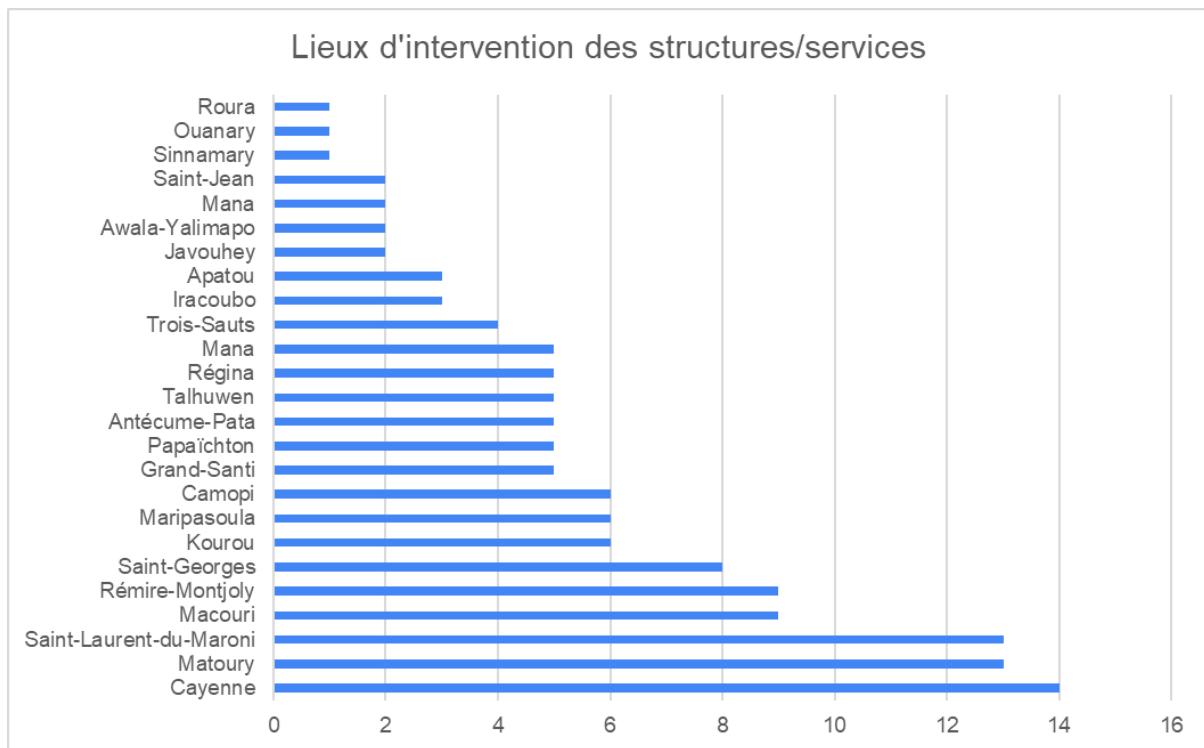
Sièges des structures	Cayenne	Rémire-Montjoly	Kourou	Saint-Laurent-du-Maroni	Matoury	Iracoubo	Région parisienne (associations nationales)
L'Arbre Fromager	Cayenne						
Réseau KIKIWI Centre Est		Rémire-Montjoly					
Croix-Rouge française							Paris
Association Akatij			Kourou				
Centre Hospitalier de Cayenne	Cayenne						

CHOG				Saint-Laurent-du-Maroni			
Maison de Santé Leopold				Saint-Laurent-du-Maroni			
AGRRR	Cayenne						
DAAC		Rémire-Montjoly					
Médecins du Monde	Cayenne						
ADER GUYANE	Cayenne						
Entr'Aides Guyane	Cayenne						
IDsante	Cayenne						
Comede	Cayenne						
GPS GUYANE PROMO SANTE	Cayenne						
AIDES							Pantin
DSU/CLS Matoury					Matoury		
APS Village						Iracoubo	
Jakoewale				Saint-Laurent-du-Maroni			
APAJH	Cayenne						

TOTAL	11	2	1	4	1	1	
--------------	-----------	----------	----------	----------	----------	----------	--

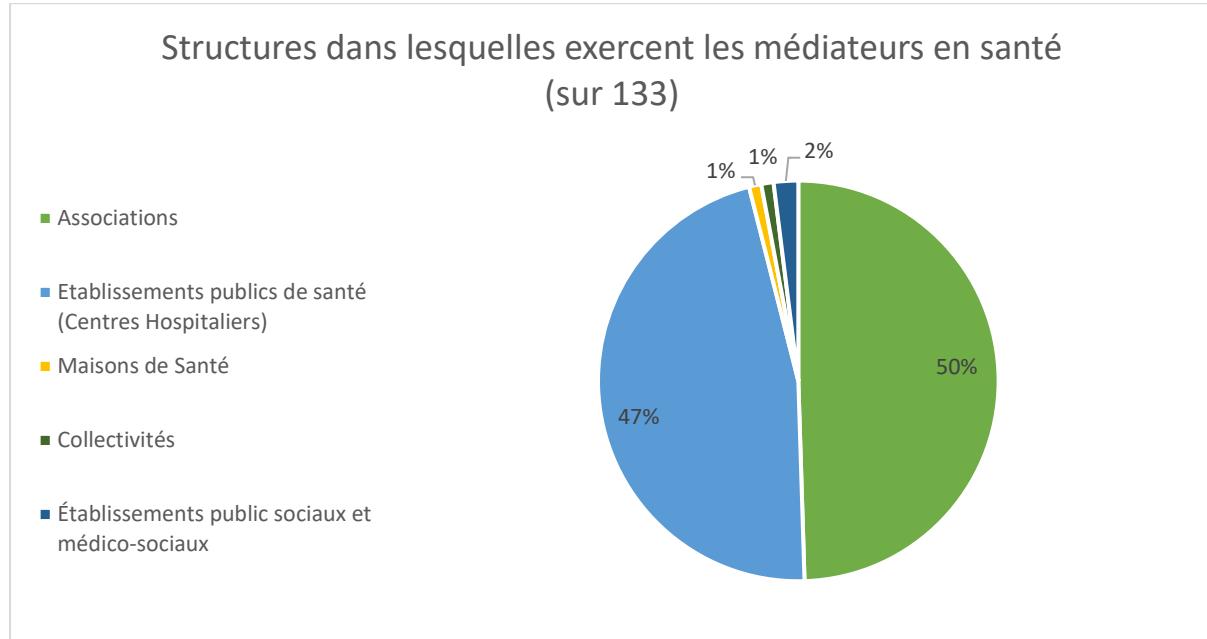


En revanche, les lieux d'intervention des structures et/ou services sont beaucoup plus variés. Ainsi, seulement 3 des 22 communes constituant la région Guyane n'ont pas été citées au moins une fois : Montsinéry-Tonnegrande, Saül et Saint-Élie.

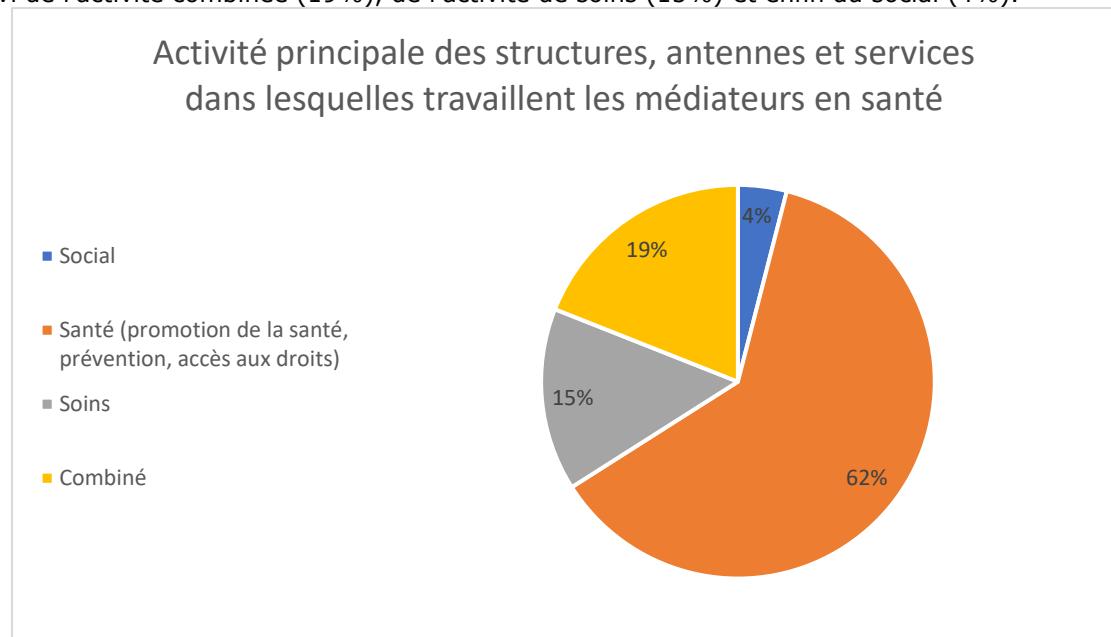


Ces lieux représentent cependant des lieux d'interventions ponctuelles et n'indiquent pas forcément la présence de médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé de manière continue sur ces territoires.

Les structures dans lesquelles exercent les médiateurs en santé sont principalement des associations (50%), suivies de très près par les établissements publics de santé représentant ici le Centre Hospitalier de Cayenne et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (47%).³⁸



L'activité principale des structures dans lesquelles sont en poste des médiateurs en santé est majoritairement la santé (promotion de la santé, prévention, accès aux droits) à hauteur de 62%, suivi de l'activité combinée (19%), de l'activité de soins (15%) et enfin du social (4%).



³⁸ Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposions par ailleurs concernant les structures ajoutées en grisé (DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village, Hôpitaux de proximité et CDPS)

NOMBRE DE MÉDIATEURS EN SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

Selon les réponses au questionnaire il y aurait 109 postes de médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé sur le territoire.

En complétant les réponses au questionnaire avec les informations complémentaires dont nous disposons par ailleurs, on dénombrait 133 postes de médiateurs en santé ou professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé sur le territoire Guyanais.³⁹

Ainsi on dénombre :

Sur la Guyane routière :

- 31 médiateurs à Saint-Laurent-du-Maroni
- 6 médiateurs à Kourou
- 57 médiateurs sur la CACL
- 10 médiateurs à Saint-Georges

Dans les communes de l'intérieur :

- 10 médiateurs en santé dans les Hôpitaux de Proximité et Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)
- 6 médiateurs au sein de l'Équipe Mobile en Santé Publique en Commune - EMSPEC
- 10 médiateurs associatifs à Maripasoula
- 3 ASH/traducteurs au CHOG-CMP

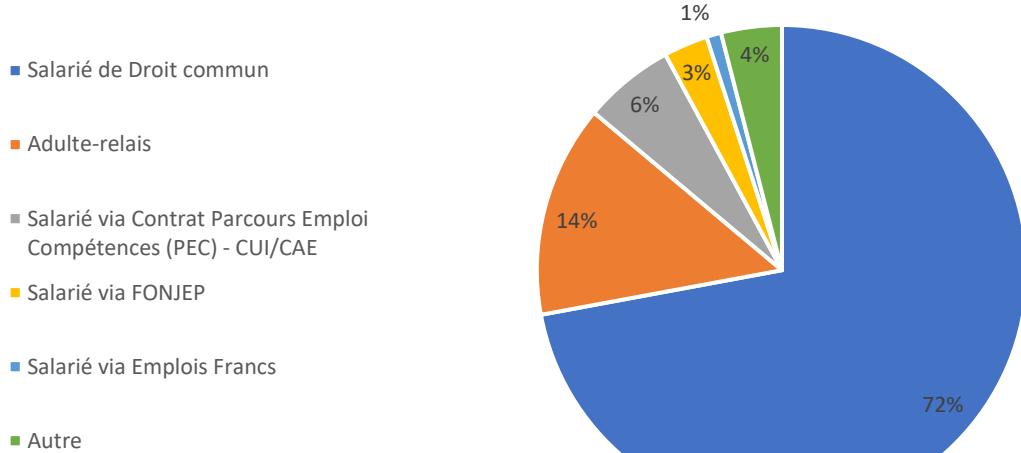
Par ailleurs 3 structures ont indiqué avoir des postes de médiateurs en santé inoccupés. Ainsi sur les 133 postes cités, 10 seraient inoccupés à la mi-novembre 2023.

TYPES DE CONTRATS, INTITULÉS DE POSTES ET SALAIRES DES PROFESSIONNELS EXERÇANT DES MISSIONS PROCHES DE LA MÉDIATION EN SANTÉ SUR LE TERRITOIRE

À propos des 109 médiateurs en santé concernés par les réponses au questionnaire, la grande majorité (72%) sont des salariés de droit commun, tandis que 14% sont des médiateurs adultes-relais et 6% sont salariés via des contrats PEC.

³⁹ Les réponses à cette question ont été complétées avec les informations dont nous disposions par ailleurs concernant les structures et services ajoutées en grisé (DSU/CLS Matoury, APAJH, Jakoewale, APS Village).

Types de contrats des médiateurs en santé

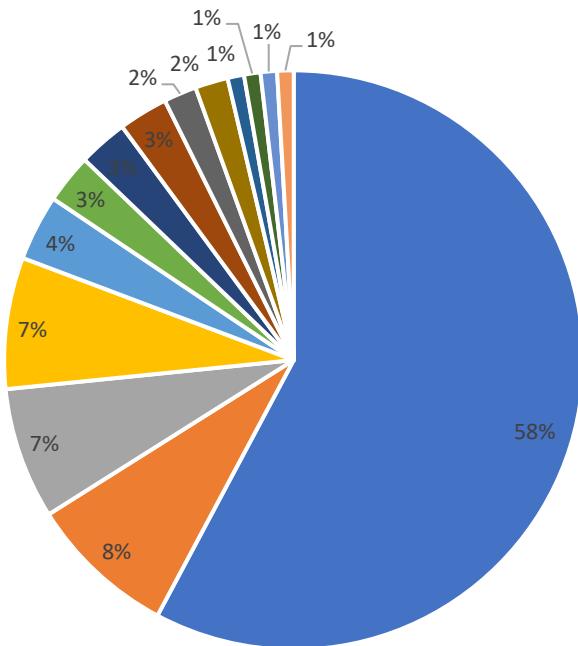


Concernant les intitulés de postes des professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé, nous retrouvons une large gamme d'intitulés avec tout de même une prédominance nette (58%) de l'intitulé "médiateur en santé", suivi de l'intitulé "médiateur en santé/animateur.rice" (8%), "agent administratif" (7%) et "animateur d'action" (7%).

La catégorie "agent administratif" correspond à la majorité des médiateurs en santé employés dans les centres hospitaliers.

Intitulés de postes des professionnels exerçant des missions proches de la médiation en santé au sein des différentes structures

- Médiateur.ice en santé
- Médiateur.ice en santé/animateur.ice
- Agent administratif
- Animateur.ice d'action
- Animateur.ice
- Médiateur.ice social
- Médiateur.ice interculturel
- Mobilisateur urbain

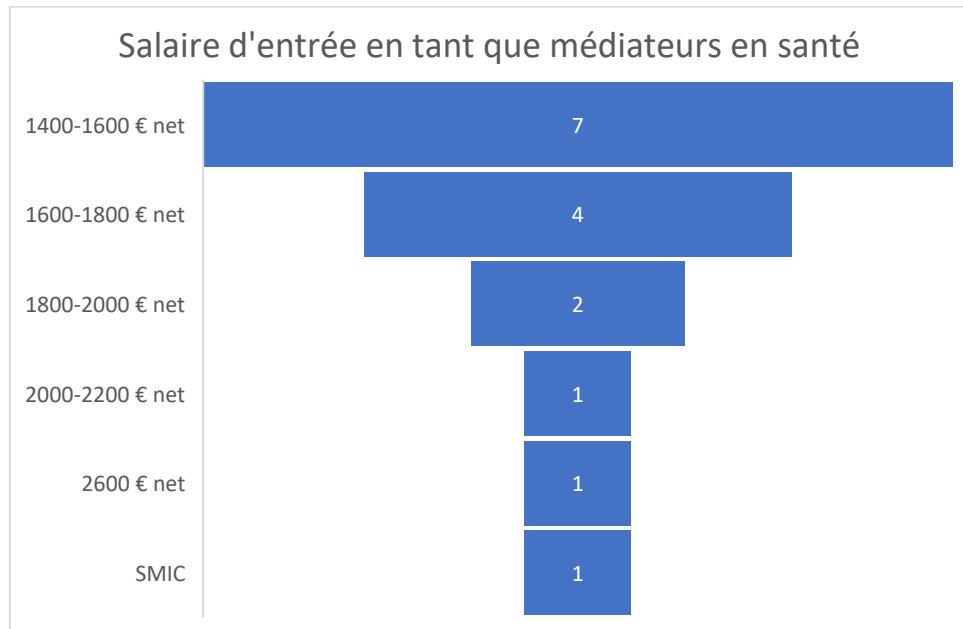


Par ailleurs, parmi les structures et services ayant répondu au questionnaire, 85% ont affirmé que leurs médiateurs en santé bénéficient de fiches de postes dédiées contre 15% qui n'en bénéficient pas.

Concernant les 109 médiateurs en santé dont les employeurs ont répondu au questionnaire, 55% sont en CDD contre 45% en CDI. De même, 97% de ces médiateurs en santé sont à temps plein contre 3% à temps partiel.

Neuf des vingt-six structures et services (9/26) ayant répondu au questionnaire ont indiqué posséder une grille salariale dans laquelle les médiateurs en santé sont représentés.

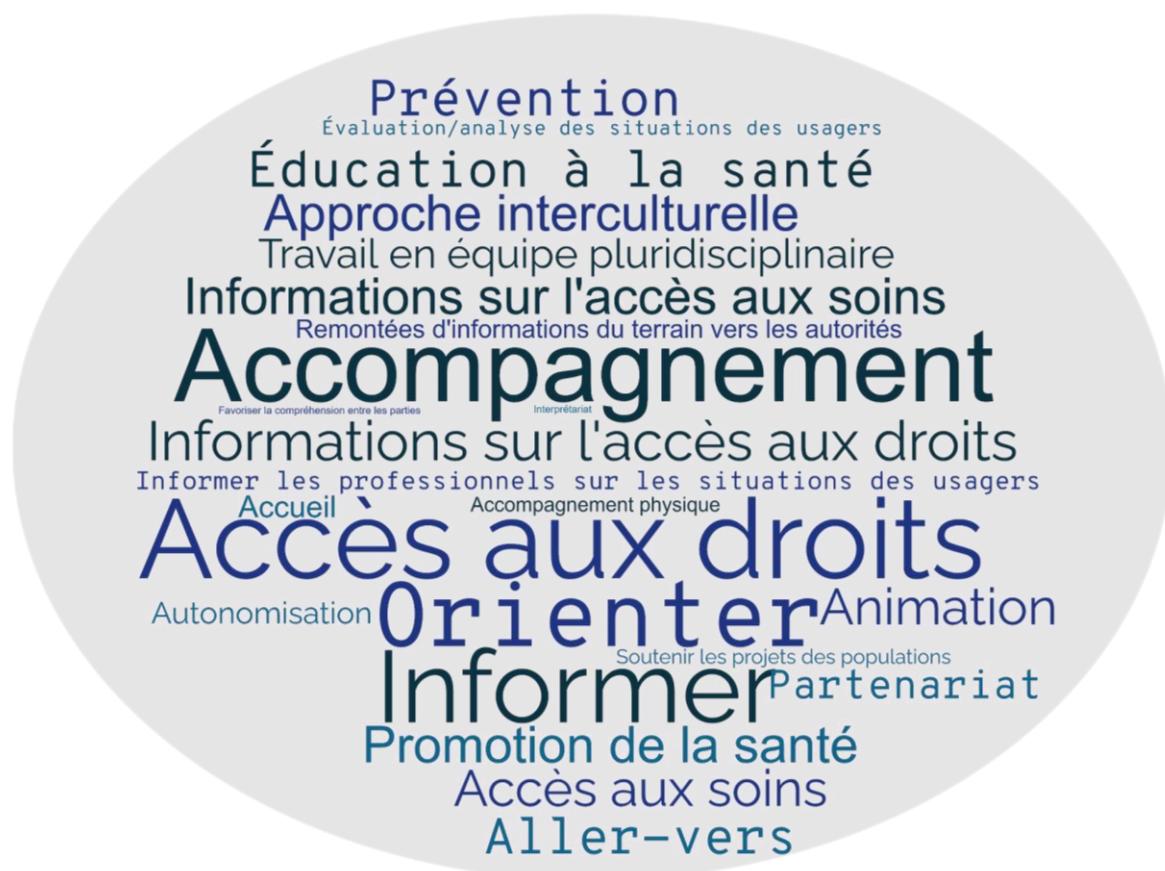
D'après les réponses apportées par les structures, le salaire médian d'entrée des professionnels exerçant des missions proches des médiateurs en santé se situe entre 1600€ et 1800€ net.



MISSIONS DES MÉDIATEURS EN SANTÉ

À propos des **missions** des médiateurs en santé ou professionnels ayant des prérogatives proches, elles sont nombreuses, un tri par mots/notions clefs a été effectué afin de pouvoir les analyser. Le mot/notion clef étant revenu le plus souvent (11 fois) parmi les missions citées est l'**accès au droit ou l'information sur l'accès au droit** suivi de près par l'**accompagnement** au sens large cité 10 fois contre 2 fois pour l'**accompagnement physique**. **Orienter** et **informer** sont également largement revenus dans l'éventail de missions des médiateurs (respectivement cités 10 et 9 fois). Une des thématiques étant également largement revenue est la **prévention, promotion de la santé et éducation à la santé** (8 fois). Les notions d'**accès aux soins/information pour l'accès aux soins, aller-vers, animation, remontée d'information du terrain vers les professionnels ou les institutions et d'approche interculturelle/favoriser l'entente entre les parties** ont

chacune été mentionnés 5 fois. Les notions de **partenariat** (4 mentions), **d'accueil** (3 mentions), **d'autonomisation** (3 mentions) et **d'interprétariat** (1 mention) sont également revenues.



FORMATION DES MÉDIATEURS EN SANTÉ

Sur les 26 structures, antennes et services ayant répondu, 23 ont indiqué que leurs médiateurs en santé avaient suivi une formation spécifique.

Ainsi, 77% des médiateurs ayant suivi une formation spécifique ont suivi le DU Médiation en Santé de l'Université de Guyane tandis que 20% ont suivi le Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs de l'Intérieur. Enfin, 3% ont été formés via le Programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique de l'IMEA (2000-2005) et 1% via l'IRDTS.

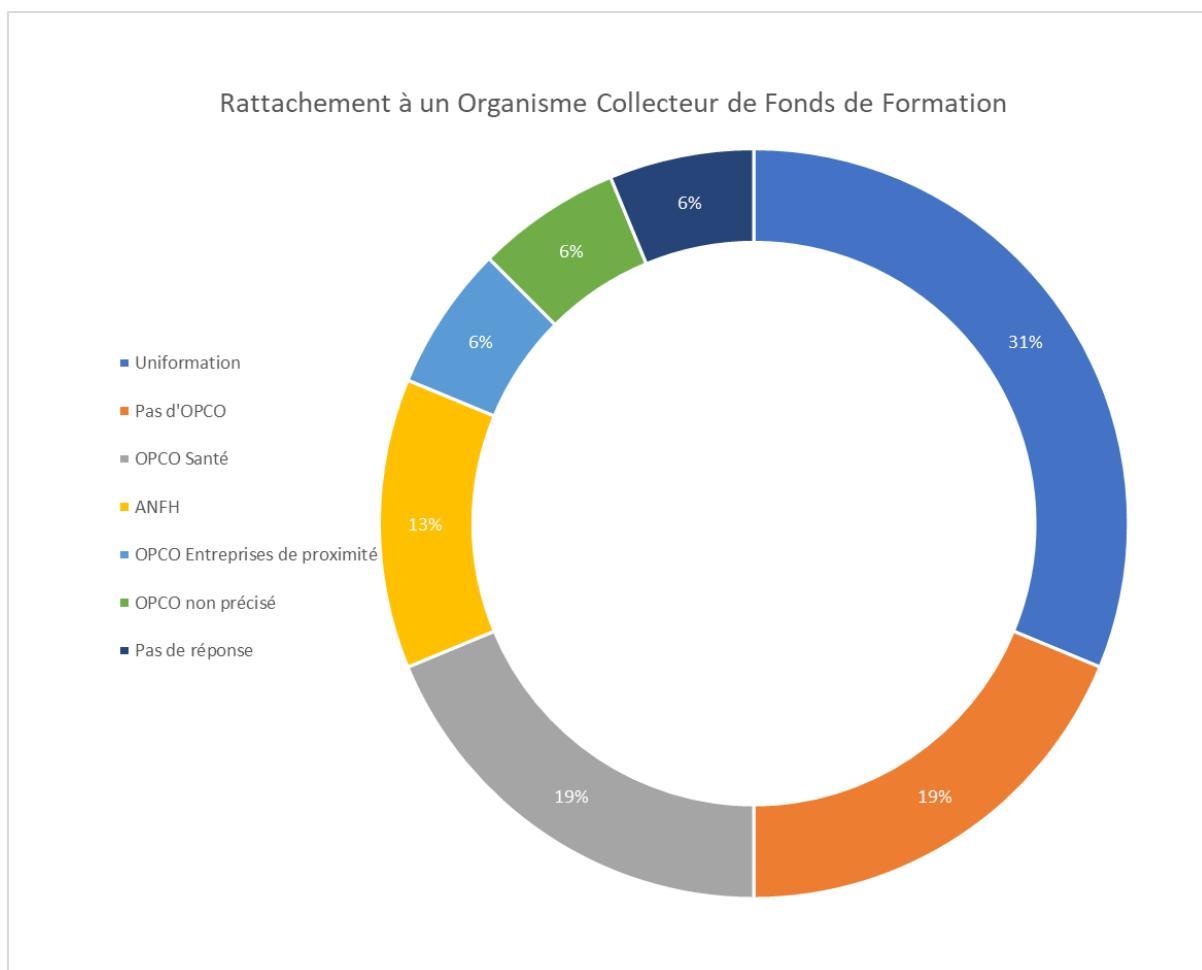
Formation suivie	Proportion
DU Médiation en Santé de l'Université de Guyane	77%
PAFMTI	20%
IMEA	3%
IRDTS	1%

Par ailleurs, les répondants ont indiqué que 33% des médiateurs avaient suivi une formation avant d'intégrer leur structure tandis que 67% ont suivi une de ces formations après avoir intégré leur structure de travail actuelle.

Sur les 26 répondants, 11 structures, antennes et services ont indiqué que ces formations avaient été financées via leurs **Organismes Collecteurs de Fonds de Formation**, 11 ont répondu par la négative et 4 ont répondu à la question par "Oui, non". Concernant les autres sources de financements des formations 5 répondants ont indiqué qu'elles avaient été financées sur fonds propres, 4 via les budgets des actions/subventions et 1 a mentionné une formation gratuite dispensée par GPS.

ORGANISMES COLLECTEURS DE FONDS DE FORMATION

À propos des **Organismes Collecteurs de Fonds de Formation**, 5 des structures ayant répondu au questionnaire ont désigné UNIFORMATION comme étant leur organisme collecteur tandis que 3 ont désigné l'OPCO Santé, 2 ont désigné l'ANFH et 1 structure l'OPCO entreprises de proximité. Par ailleurs, 1 structure a indiqué avoir un OPCO, mais n'a pas précisé lequel, 3 structures ont indiqué ne pas avoir d'OPCO et 1 structure n'a pas donné de réponse.



TRAVAIL EN ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES

22 des 26 répondants au questionnaire ont indiqué que les médiateurs en santé travaillant dans leurs structures, antennes ou services travaillaient en équipes pluridisciplinaires (en présence d'autres professionnels généralement du domaine sanitaire et social). Ci-dessous la liste des professionnels cités ainsi que le nombre de fois qu'ils ont été cités.

Professionnels composant les équipes pluridisciplinaires	Nombre de mentions
Médecins	15
Infirmiers/IDE	15
Travailleurs sociaux (AS, ASS, etc.)	8
Psychologues	7
Chargés de projets/missions	4
Cadres de santé	2
Agents d'accueil et de secrétariat	3
Coordinateurs	3
Médiateurs en santé	3
Éducateurs spécialisés	1
Sage-femme	2
Médiateur social	1
Logisticiens	1
Diététiciens	1
Enseignants en activité physique adaptée	1
Sexothérapeute	1
Juristes	1
Assistante	1
Psychiatre	1
Bénévole	1

CONVENTION COLLECTIVE

Parmi les 16 structures ayant répondu au questionnaire, 56% ont déclaré être rattachées à une convention collective. *

La convention collective la plus citée est la convention ALISFA (5) suivie de la CCN66 (2) et de la CC56 (1).

RATTACHEMENT AUX RÉSEAUX

Parmi les répondants au questionnaire, 6 ont indiqué que leur structure, antenne ou service faisait partie d'un réseau. Les réseaux cités sont les suivants : Réseau de Santé Guyane, Fédération addiction, Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD), Réseau France Médiation, Comité national de liaison des acteurs de la prévention spécialisée (CNLAPS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), COREVIH Guyane, Coalition PLUS.

Concernant les réseaux de médiateurs en santé, 8 répondants ont indiqué que leurs médiateurs en faisait partie. Les réseaux cités sont le Réseau des Médiateurs en Santé du Littoral animé par le CRPV (5), le Plan d'Accompagnement et de Formation des Médiateurs de l'Intérieur (1), le Réseau Kikiwi (1) et le réseau animé par Guyane Promo Santé en promotion de la santé (1). Par ailleurs, 17 structures, services ou antennes n'ont pas répondu à cette question et une structure a répondu non.

FINANCEMENT DES POSTES DE MÉDIATEURS EN SANTÉ

Concernant le financement des postes des médiateurs en santé, la plupart des services, antennes et structures ayant répondu au questionnaire ont indiqué avoir plusieurs sources de financement. Ainsi, les subventions publiques pluriannuelles ont été majoritairement citées par les répondants au questionnaire (77%), suivies par les subventions publiques sur appels à projet (46%), les financements liés aux emplois aidés (31%), les financements propres (31%), les subventions privées sur appels à projet (23%), les subventions privées pluriannuelles (12%) et enfin les projets de recherche et les MIG (respectivement 4%).

Sources de financement des postes de médiateurs en santé au sein des structures



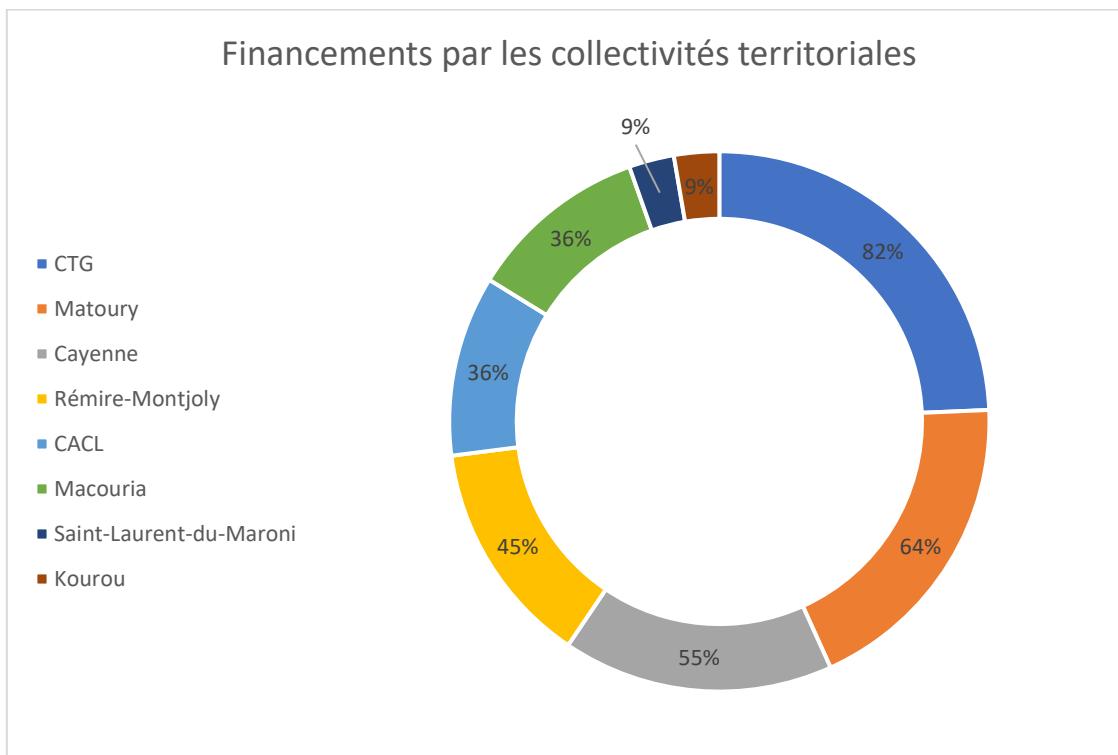
FINANCEMENT DES STRUCTURES

En ce qui concerne le financement des structures, 73% des répondants au questionnaire ont indiqué être financés par l'État au niveau local. La Préfecture a principalement été citée via notamment les crédits politique de la ville, le plan pauvreté ou le dispositif adulte-relais, mais aussi via les appels à projet au niveau local tels que ceux de la DILCRAH, la DRDDE ou encore le FIPD. Parmi les réponses, l'Agence Régionale de Santé a également été citée à trois reprises. L'ANCT, la CGSS, la DGCOPPOP, la MIG et le DAF psychiatrie ont également été cités respectivement une fois.

À propos des financements par l'Agence Régionale de Santé, 85% des répondants ont indiqué recevoir des financements de la part de l'ARS Guyane et 64% de ces répondants bénéficient d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) avec l'ARS.

Par ailleurs, 12 des 26 répondants ont indiqué être financés par des Caisses et Agences Nationales, principalement par l'ANCT (6) et la CAF (5) et secondairement par la CPAM (3) et la CGSS (2). À noter que certains répondants sont financés par plusieurs de ces Caisses et Agences simultanément.

Au sujet des collectivités territoriales, 11 des 26 répondants ont annoncé être financés par des collectivités territoriale avec en première place la CTG (citée 9 fois), la commune de Matoury (7), la commune de Cayenne (6), la commune de Rémire-Montjoly (5), la CACL (4), la commune de Macouria (36%), Saint-Laurent-du-Maroni (1) et Kourou (1).



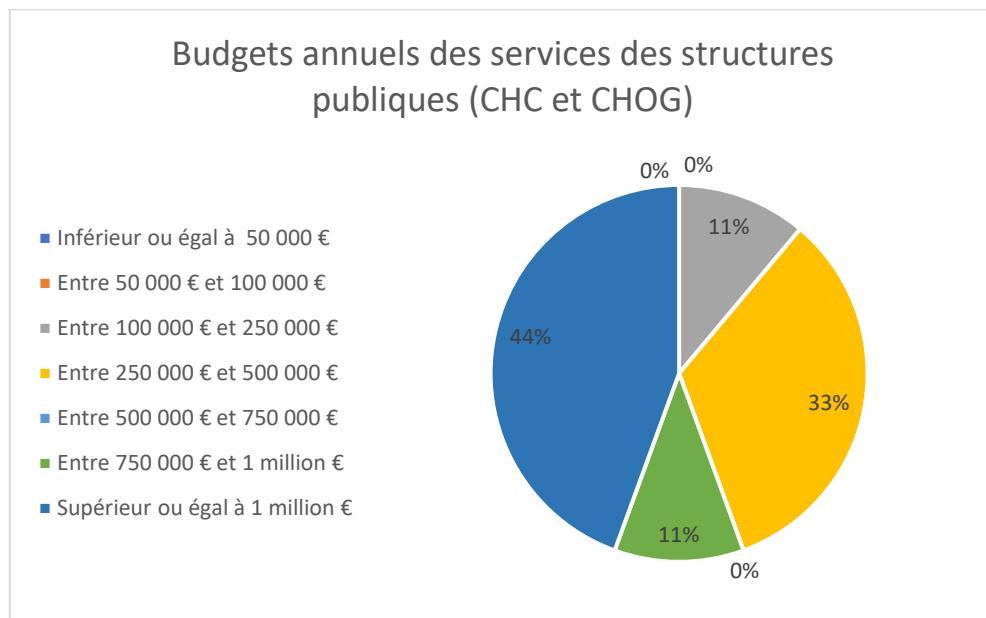
À la question des financements via les contrats de ville, 8 des 10 répondants ayant répondu par la positive à cette question ont précisé être financés via les Contrats Locaux de Santé et 2 répondants via d'autres programmation de la politique de la ville.

Sur la question des financements sur fonds propres, 83% des répondants ont répondu par la négative. Pour les 27% ayant répondu positivement, les prestations, les levées de fonds, les cotisations, les adhésions, les legs et les donations ont été citées.

Enfin, concernant les fonds privés, 46% des répondants ont déclaré être financés par ce biais, ces répondants bénéficient principalement de financements venant de fondations.

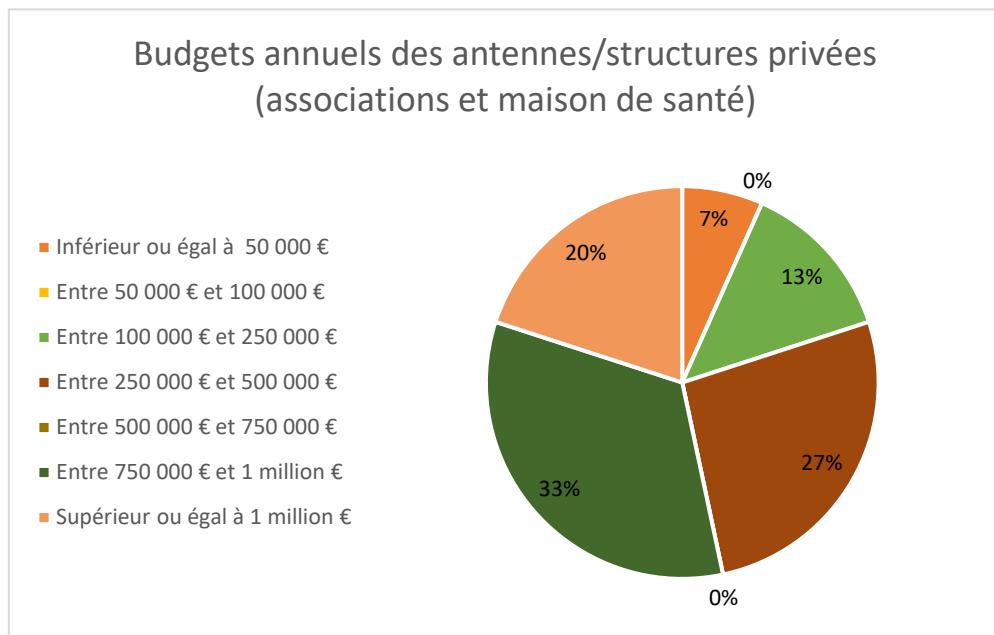
Finalement, en termes de budget annuel des structures, antennes et services, les réponses données sont récapitulées dans les deux graphiques ci-dessous représentant pour l'un les budgets annuels des structures publiques et de leurs services (CHC et CHOG) et de l'autre les budgets annuels des structures privées (associations, maisons de santé).

Le Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly ont tous deux des budgets annuels généraux supérieurs à 1 million d'euros. Le graphique ci-dessous représente les budgets annuels renseignés pour leurs services et antennes⁴⁰ employant des médiateurs en santé. Ainsi, la majorité (44%) des services des centres hospitaliers employant des médiateurs en santé ont déclaré avoir un budget annuel supérieur ou égal à 1 million d'euros tandis que 33% ont un budget annuel compris entre 250 000€ et 500 000€.



⁴⁰ Centre Hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon (Pôle Santé Mentale, PASS, CDPS, EMSPEC, DRISP) et Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly (EMAS, Cabinet de Santé, Département de Santé Publique, Pôle Santé Mentale)

Concernant les 15 structures, services ou antennes du secteur privé (associations et maisons de santé), la plupart (33%) ont indiqué disposer de budgets annuels compris entre 750 000 € et un million d'euros, il s'agit exclusivement d'associations locales. De plus, 27% ont déclaré avoir un budget annuel compris entre 250 000€ et 500 000€, il s'agit de deux associations locales et deux antennes d'une association à portée nationale. Par ailleurs, 20% des répondants ont un budget annuel supérieur à 1 million d'euros, il s'agit d'une association locale et deux associations ayant une portée nationale. Enfin, deux antennes d'une même association locale ont chacune déclarer avoir un budget annuel compris entre 100 000€ et 250 000€ tandis qu'une maison de santé a déclaré avoir un budget inférieur ou égal à 50 000 €.



BESOINS SUPPLÉMENTAIRES EN MÉDIATEURS EN SANTÉ

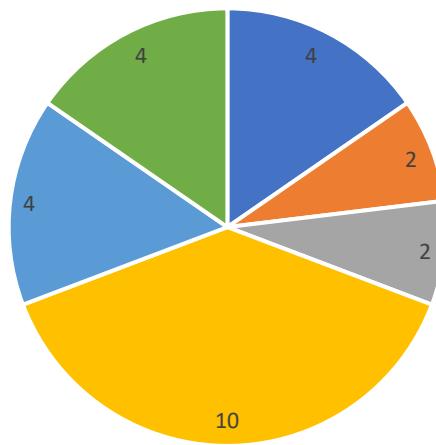
Sur les 26 structures, antennes et services ayant répondu au questionnaire et déployant d'ores et déjà de la médiation en santé, 23 ont exprimé le besoin de renforcer leurs équipes de médiateurs en santé

Parmi ces 23 réponses, 10 ont déclaré avoir besoin de deux médiateurs supplémentaires. Par ailleurs, 4 répondants ont indiqué avoir besoin d'un médiateur supplémentaire et quatre autres de 5 médiateurs et plus. Enfin, deux répondants ont déclaré avoir besoin de 3 médiateurs et deux autres de 4 médiateurs en santé.

Au total, les besoins en médiateurs en santé supplémentaires des répondants au questionnaire s'élèvent à plus de 58 postes.

Besoins en termes de nombres de postes de médiateurs en santé supplémentaires

- 5 médiateur.rices en santé et +
- 4 médiateur.rices en santé
- 3 médiateur.rices en santé
- 2 médiateur.rices en santé
- 1 médiateur.rice en santé
- 0 médiateur.rices en santé



Pour justifier ces besoins, 13 répondants ont notifié que leur besoin était en rapport avec le fait que leurs effectifs actuels ne permettaient pas de couvrir la demande ou qu'ils faisaient face à une augmentation de leur charge de travail. Par ailleurs, 6 répondants ont justifié ce besoin par une volonté de renforcer ou développer leurs actions existantes, tandis que 5 ont mentionné la volonté de couvrir de nouveaux publics ou territoires d'intervention.

Selon les réponses données, les missions de ces médiateurs supplémentaires seraient les mêmes que celles des médiateurs déjà en poste (9 répondants) ou seraient en lien avec le développement souhaité des nouvelles actions (6 répondants). Enfin, pour 4 répondants ces nouveaux médiateurs auraient des missions en lien avec le renforcement et/ou pérennisation des équipes et/ou actions.

Concernant les nouveaux publics visés, les réponses sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Publics visés par ces besoins	Nombre de mentions
Femmes/femmes-enfants	2
Communauté LGBTQIA+	2
Travailleurs.euses du sexe	2
Tous publics	2

Public consommateur de produits psychoactifs	1
Pédopsychiatrie + addictologie	1
Patients sous mains de justice	1
Jeunes en situation de handicap	1

Enfin, à la question des nouveaux territoires d'intervention visés par ces besoins, les réponses données sont récapitulées dans le tableau ci-dessous :

Territoires d'intervention	Nombre de mentions
Iracoubo	3
Sinnamary	2
Kourou	1
Savanes	1
Saint-Laurent-du-Maroni (quartiers prioritaires Charvein, Acarouany)	1
Maripasoula	1
Apatou	1
Javouhey	1
CACL	1
Saint-Georges	1
CACL	1
Tout le territoire	2

10. Fiches « missions » et fiches projets

SOMMAIRE

I. Le déploiement de la SRMS

MISSION 1 : La coordination de la SRMS

MISSION 2 : L'animation des dispositifs de la SRMS

II. Formation, qualification et sensibilisation

FICHE PROJET 1 : Développer un parcours de formation pour les médiateurs en santé

FICHE PROJET 2 : Sensibiliser les professionnels et futurs professionnels du secteur médico-social à la médiation en santé

FICHE PROJET 3 : Développer une formation de formateur aux bases de la médiation en santé

III. Accompagnement des structures et des médiateurs en santé

FICHE PROJET 1 : Déployer un dispositif d'accompagnement dédié aux structures employeuses de la médiation en santé sur le territoire

FICHE PROJET 2 : Déployer un dispositif d'accompagnement individuel à destination des médiateurs en santé

FICHE PROJET 3 : Proposer une offre de réseau qualitative et harmonisé aux médiateurs en santé sur tout le territoire

IV. Mission Etudes/Observation

FICHE PROJET 1 : Favoriser le développement de programmes d'expérimentation et de recherche-action sur la médiation en santé

FICHE PROJET 2 : Mettre en place une mission d'observation régionale de la médiation en santé

FICHE PROJET 3 : Evaluer les dispositifs de médiation en santé en Guyane

FICHE PROJET 4 : Evaluer la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane

I. Le déploiement de la SRMS

Fiche Mission 1 : La coordination de la SRMS

Objectif général	Coordonner la SRMS
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir au sein de la gouvernance tous les acteurs en lien avec les différents enjeux de la médiation en santé • Rendre visible la médiation en santé sur le territoire guyanais • Construire une gouvernance régionale connectée au niveau national • Coordonner et animer les enjeux d'étude et d'observation
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Coconstruire avec les acteurs concernés les différentes instances de la gouvernance et les animer (cf. Schéma de la SRMS) • Participer au Collectif de la Promotion de la Médiation en Santé dans ses différentes composantes (COPIL, Groupes de travail, plaidoyer) et à toutes éventuelles instances nationales sur les enjeux de la médiation en santé. • Communiquer sur la médiation en santé en Guyane • Mettre en place un événement annuel/biannuel sur la médiation en santé en Guyane • Capitaliser les données existantes sur les enjeux d'études et d'observation
Public	Membres de la gouvernances et toutes personnes concernées par la médiation en santé
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	La médiation en santé en Guyane gagne en visibilité et en reconnaissance et rassemble plus largement les acteurs du territoire.
Moyens	RH déplacements au national Déplacements sur le territoire Guyane Coût de l'organisation d'un événement + communication
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC (Comité d'animation et de coordination) Mise en œuvre :

Fiche Mission 2 : La coordination des dispositifs de la SRMS

Objectif général	Animer à une échelle régionale les dispositifs à destination des médiateurs et des structures de médiation en santé
Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la cohérence des différents dispositifs mis en œuvre et leur imbrication avec l'existant • Garantir le déploiement des dispositifs sur l'ensemble du territoire (littoral et intérieur) • S'assurer de l'opérationnalité et de la qualité des dispositifs déployés
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Animer la préfiguration de dispositifs non existants • Animer le déploiement opérationnel des dispositifs sur le territoire • Organiser des appels à manifestation d'intérêt selon les besoins • Organiser des rencontres avec et entre les différents porteurs
Public	Les porteurs des différents dispositifs
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Les dispositifs à destination des médiatrices, des médiateurs et des structures de médiation sont déployés en cohérence à une échelle régionale, répondent aux besoins remontés dans le cadre du diagnostic et font écho aux dynamiques nationales (reconnaissance du métier, formation, accompagnement, etc.)
Moyens	RH Déplacements sur le territoire Guyane
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

II. Formation, qualification et sensibilisation

Objectif général : Développer la formation des acteurs de la médiation en santé et des partenaires

Fiche projet 1 : Développer un parcours de formation pour les médiateurs en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Accéder à de la formation initiale dès la prise de poste : prérequis nécessaires à la prise de poste des médiateurs en santé nouvellement embauchés sans expérience ni qualifications Accéder à de la formation continue tout au long du parcours professionnel : sensibiliser les médiateurs en santé sur des thématiques particulières selon les besoins en lien avec les structures de travail et les publics accompagnés Accessibilité sur l'ensemble du territoire
Objectif spécifique	Renforcer et développer le parcours de formation des médiateurs en santé en cohérence avec l'existant
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Préfigurer une formation à la prise du poste à destination des médiateurs en santé permettant l'acquisition d'un premier niveau de connaissance de la profession Déployer une formation à la prise de poste à destination des médiateurs en santé Identifier, orienter et au besoin créer et mettre en place des modules de formation thématiques complétant les connaissances et acquis des médiateurs en santé en complémentarité avec l'existant Poursuivre les travaux relatifs à l'inscription du DU Médiation en santé au RS ou RNCP
Public	Professionnels embauchés sur des postes de médiateurs en santé (<i>même si l'intitulé n'est pas médiateur en santé</i>) nécessitant un premier degré de qualification ou un approfondissement de leurs connaissances
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	<p>Tous les professionnels exerçant les missions de médiateurs en santé bénéficient au moins d'un premier niveau de formation (formation à la prise de poste) leur permettant d'exercer dans un cadre professionnel sécurisé.</p> <p>Ce premier niveau de formation est complété par le suivi d'une formation plus complète (DU Médiation en santé) et des approfondissements thématiques.</p> <p>Les structures de médiation en santé peuvent inscrire les médiateurs dans un parcours de formation adaptée</p>

Moyens	Locaux Matériel nécessaire à la formation Déplacement des intervenants Prestation pour les formateurs Coordination pédagogique pour le déploiement des formations
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS CAC (ex consortium) pour les travaux de préfiguration de la formation à la prise de poste Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 2 : Sensibiliser les professionnels et futurs professionnels du secteur médico-social à la médiation en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissances sur le métier de médiateur en santé de la part des professionnels du secteur sanitaire et médico-social Manque de reconnaissance du métier de médiateur en santé de la part des professionnels du secteur sanitaire et médico-social Difficultés de travail partenarial entre les médiateurs en santé et les autres professionnels du secteur sanitaire et médico-social 	
Objectif spécifique	Favoriser une meilleure connaissance et reconnaissance du métier de médiateur en santé de la part des professionnels du secteur médico-social au sens large.	
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Proposer aux instituts (IFSI, IFAS), à l'image de l'université de médecine (depuis la rentrée 2024), un module de sensibilisation à la médiation en santé à destination des futurs professionnels de santé en formation Création du module Déploiement de la sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> Proposer aux structures employant et travaillant en partenariat avec des médiateurs en santé un module de sensibilisation à la médiation en santé Création du module Déploiement de la sensibilisation
Public	Futurs professionnels du secteur médical en formation	Professionnels exerçant dans les structures médico-sociales et tous autres professionnels amenés à travailler en lien avec les médiateurs en santé.
Territoire	Territoire régional	
Résultats attendus	Les professionnels amenés à travailler en lien avec les médiateurs en santé sont davantage au fait du métier de médiateur en santé, de leurs missions, de leur utilité et sont capable de travailler en partenariat dans le respect de la fonction du médiateur.	
Moyens	Locaux Matériel nécessaire à la sensibilisation Déplacements des intervenants Prestation pour les intervenants Coordination pédagogique pour le déploiement des sensibilisations	
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :	

Fiche Projet 3 : Développer une formation de formateur aux bases de la médiation en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de formateurs qualifiés pour former aux bases de la médiation en santé • Nécessité de pouvoir former des médiateurs à être formateur en médiation sur tout le territoire • Nécessité de pouvoir former les nouveaux médiateurs embauchés en proximité sur tout le territoire
Objectif spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le nombre de formateurs qualifiés à dispenser la formation à la prise de poste en médiation en santé • Renforcer la formation par les pairs
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'ingénierie de formation et pédagogique de la formation de formateur • Déployer la formation de formateur
Public	Médiatrices et médiateurs en santé expérimentés
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Une formation de formateur est réalisée chaque année ou tous les deux ans selon le besoin
Moyens	Locaux Matériel nécessaire à la formation Déplacements des intervenants Prestation pour les intervenants Coordination pédagogique pour le déploiement de la formation
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

III. Accompagnement des structures et des médiateurs en santé

Objectif général : Accompagner les acteurs de la médiation en santé dans leurs pratiques professionnelles

Fiche projet 1 : Déployer un dispositif d'accompagnement dédié aux structures employeuses de la médiation en santé sur le territoire

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à comprendre les missions et cadres d'intervention des médiateurs en santé Difficultés à identifier le métier correspondant aux besoins de renforcement de la structure (travailleur social, médiateur social, médiateur en santé, animateur, etc.) Difficultés à définir la place de la médiation en santé dans le projet de structure et les actions/programmes mis en place Difficulté à définir des fiches de postes pour les médiateurs en santé Difficultés à articuler les rôles des médiateurs en santé et du reste de l'équipe Besoin d'appui sur l'ingénierie de financement pour les projets de médiation en santé Nécessité de coopération et coordination entre les structures déployant de la médiation en santé Nécessité de temps organisés pour le développement de projets en coopération ou inter-structures
Objectif spécifique	Créer un dispositif ressources sur mesure aux structures qui déploient ou souhaiteraient déployer de la médiation en santé en Guyane
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Préfigurer le dispositif d'accompagnement Déployer le dispositif d'accompagnement <p>Prémices de la réflexion issus du diagnostic : L'accompagnement pourrait être pensé comme un accompagnement à la carte en fonction des besoins identifiés en interne aux structures :</p> <ul style="list-style-type: none"> Informations, ressources sur la médiation en santé Aide à la définition de la place de la médiation en santé au sein de la structure, du projet associatif, de l'équipe et des programmes/actions (articulation) Aide à la définition de fiches de postes Informations sur les financements possibles des postes des médiateurs en santé Orientation vers les formations, sensibilisations

	<p>Les accompagnements individuels "long" se feraient dans le cadre d'un quota annuel de structures pouvant être accompagnées.</p> <p>Possibilité d'envisager des temps collectifs le cas échéant avec l'accord des différentes structures concernées.</p> <p><i>Question de la plateforme ressources ? Je pense que nous pouvons l'intégrer à cette fiche en précisant les formats d'accompagnement : individuel, collectif, physique et numérique.</i></p>
Public	Directions et coordinations des structures déployant ou souhaitant déployer de la médiation en santé sur le territoire
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Les structures déployant ou souhaitant déployer de la médiation en santé sur le territoire sont accompagnées individuellement et/ou collectivement en adéquation avec leurs besoins
Moyens	RH Déplacements des intervenants Coût d'une plateforme numérique
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 2 : Déployer un dispositif d'accompagnement individuel à destination des médiateurs en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés pour les médiateurs en santé nouvellement embauchés à appréhender leur poste et les missions y afférent Difficultés pour les médiateurs en santé à présenter et faire valoir leurs missions Difficultés pour les médiateurs en santé à se positionner et positionner leur profession au sein des structures
Objectif spécifique	Permettre à tous les médiateurs en santé en poste de bénéficier d'un accompagnement individuel minimum dès sa prise de poste
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Préfigurer le dispositif d'accompagnement Déployer le dispositif d'accompagnement
Public	Les médiateurs et médiatrices en santé en poste en Guyane
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Les professionnels embauchés sur des postes de médiateurs en santé disposent d'un accompagnement individualisé selon leurs besoins.
Moyens	RH Déplacements des intervenants
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 3 : Proposer une offre de réseau qualitative et harmonisé aux médiateurs en santé sur tout le territoire

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de maintenir une offre de réseau à destination des médiateurs en santé du territoire Besoin de créer des rencontres entre médiateurs à une échelle régionale Besoin de coopération et d'harmonisation entre les acteurs porteurs des dynamiques de réseau existantes
Objectif général	Proposer à tous les médiateurs en santé l'accès à un réseau local qualitatif répondant à leurs besoins
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Déployer deux réseaux locaux (intérieur et littoral) Organiser une rencontre annuelle des médiateurs en santé à une échelle régionale (possibilité d'articuler ce temps à un événement)
Public	Médiateurs en santé en poste <i>Question des bénévoles ?</i>
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Les temps de réseaux mis en œuvre sur le territoire permettent aux médiateurs intervenants sur le territoire de se rencontrer de manière régulière, d'échanger afin d'améliorer leurs pratiques professionnelles et la prise en charge des publics et d'entretenir la dynamique de réseau, le partenariat et le plaidoyer sur la médiation en santé.
Moyens	RH Déplacements des animateurs du réseau Prestation de service Petit matériel lié à l'animation du réseau Rencontre régionale
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

IV. Mission Etudes/Observation

Objectif général : Développer et qualifier à une échelle régionale les pratiques professionnelles de la médiation en santé

Fiche projet 1 : Favoriser le développement de programmes d'expérimentation et de recherche-action sur la médiation en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissance sur les programmes de recherche-action/expérimentation en projet ou en cours sur le territoire guyanais Manque de connaissance sur les programmes de recherche-action/expérimentation en projet ou en cours à l'échelle nationale Besoin de développer des programmes de recherche-action au sujet de la médiation en santé
Objectif spécifique	<ul style="list-style-type: none"> Collecter des données sur les recherches réalisées et en cours Déployer des programmes de recherche-action au sujet de la médiation en santé sur le territoire Guyanais
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un état des lieux/inventaire des expérimentations en cours sur la médiation en santé au niveau national et régional et définir les programmes de recherche-action/expérimentation à développer Travailler en concertation avec les acteurs de la médiation en santé et les institutions compétentes afin de définir les programmes de recherche-action/expérimentation à développer Animer les opportunités de programmes d'expérimentation/recherche action à une échelle régionale
Public	Les acteurs de la médiation en santé au sens large / Les acteurs de la recherche et de l'évaluation
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Un inventaire clair des programmes de recherche-action en lien avec la médiation en santé en Guyane/national, en projet, en réalisation ou déjà mené est effectué Des programmes d'expérimentations / de recherche-évaluation pertinents et prioritaires sont définis
Moyens	Dans le cadre de la coordination de la SRMS
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 2 : La mise en place d'une mission d'observation régionale de la médiation en santé

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'alimenter, actualiser et approfondir le travail de diagnostic engagé durant les travaux de préfiguration de la stratégie • Besoin d'une connaissance affinée des actions et programmes de médiation en santé menés au niveau régional et par territoire • Besoin de coordination des actions de médiation en santé • Besoin d'identifier les zones dépourvues d'intervention (zones blanches) • Identifier le besoin en médiateurs en santé
Objectif spécifique	Disposer de données objectivées sur le déploiement de la médiation en santé en Guyane
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du diagnostic territoriale de la médiation en santé • Une cartographie des actions de médiation en santé mises en place sur le territoire pourrait être réalisée à plusieurs échelles (régionale, intercommunale, territoriale) afin de disposer d'une image claire des zones d'intervention des acteurs de la médiation en santé, des thématiques des interventions/projets, de la nature et fréquence et durée de ces interventions, etc. • Etude sur un sujet/thématique spécifique
Public	Les acteurs de la médiation en santé
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	La capitalisation de données stratégiques permet d'orienter les actions de la stratégie et favorise la reconnaissance du métier de médiateur en santé et la plus-value de ce mode d'intervention
Moyens	Dans le cadre de la coordination de la SRMS
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 3 : L'évaluation des dispositifs de médiation en santé en Guyane

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> Manque de capitalisation sur les dispositifs en cours et achevés de médiation en santé Besoin d'orienter les futurs dispositifs de médiation en santé en fonction des retours des expériences terrain Besoin de faire un état des lieux des évaluations existantes des dispositifs de médiation en santé en cours et passés
Objectif spécifique	Construire des outils et méthodologies d'évaluation commune aux actions/programmes de médiation en santé
Actions	<ul style="list-style-type: none"> Capitaliser sur les évaluations des dispositifs de médiation en santé en cours et passés afin d'orienter les futurs dispositifs Evaluer les dispositifs de médiation en santé à venir
Public	Les acteurs de la médiation en santé déployant des actions de médiation en santé
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Les évaluations des dispositifs de médiation en santé menés en Guyane disponibles sont compilées et analysées Les dispositifs en cours non évalués et les dispositifs à venir sont évalués
Moyens	Dans le cadre de la coordination de la SRMS Prestation
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :

Fiche projet 4 : L'évaluation de la stratégie régionale de la médiation en santé en Guyane

Besoins identifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie régionale de la médiation en santé • Besoin d'orienter la continuité de la stratégie régionale de la médiation en santé
Objectif spécifique	Faire évaluer le déploiement de la stratégie régionale de la médiation en santé pour orienter la gouvernance dans la priorisation des actions
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer le déploiement de la stratégie régionale : <ul style="list-style-type: none"> - À l'horizon 2027, 2 ans après la mise en place de la structuration régionale - À l'horizon 2030, 5 ans après la mise en place de la structuration régionale • Courant 2025, arrêter un cahier des charges et définir des indicateurs de suivi qui permettront l'évaluation du dispositif dans la durée à chaque échéance.
Public	Les structures porteuses de la SRMS
Territoire	Territoire régional
Résultats attendus	Le déploiement de la stratégie régionale de la médiation en santé est suivi et évalué
Moyens	Dans le cadre de la coordination de la SRMS Prestation
Instruments de mise en œuvre	Pilotage ARS Orientation opérationnelle : CAC Mise en œuvre :