



PLACE DE LA MÉDIATION VERS UNE RECONNAISSANCE ?

COMPTE-RENDU DE LA SOIRÉE
MIGRANTS ET VIH 27 OCTOBRE 2015



REMERCIEMENTS

LE COREVIH ÎLE-DE-FRANCE-EST TIENT À REMERCIER PARTICULIÈREMENT

PR OLIVIER BOUCHAUD

Pilote de la commission Migrants du Corevih Île-de-France-Est

ANNABEL DESGRÉES DU LOÛ

Démographe, directrice de recherche au Centre Population et Développement - CEPED
UMR 196 Université René Descartes – Paris.

LESLIE DION

Chargée de mission en santé publique, Corevih Île-de-France-Est

SIÉ DIONOU

Médiateur en santé, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Corevih Île-de-France-Centre

JACQUELINE FAURE

Psychologue, Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Tenon, Paris 20^{ème}

CAMILLE GREMEZ

Chargée de mission animation, association France Médiation.

BÉNÉDICTE MADELIN

Présidente de la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'IDF

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Médiatrice en santé à l'Action Baobab, dispositif de la Fondation Léonie Chaptal, COREVIH IDF Nord

LUC NAMSE

Médiateur en santé à l'association La Résilience – COREVIH IDF EST

SANDRINE MUSSO

Anthropologue, Aix-Marseille-Université / Centre Norbert Elias. Ancienne chargée de mission à l'IMEA

INTRODUCTION

Ce magazine présente la soirée “migrants et VIH, place de la médiation : vers une reconnaissance?” proposée par le Corevih Île-de-France-Est, le 27 octobre 2015 à Paris 18^{ème}.

80 participants (dont 51 % du secteur associatif) des 5 Corevih d'Île-de-France se sont ainsi réunis pour échanger sur la place de la médiation sanitaire dans ce contexte.

Officiellement inscrite dans l'agenda politique depuis la “Loi de modernisation de notre système de santé” du 26 janvier 2016, la médiation sanitaire vise “à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités” (Art.L.III10-13).

Cette reconnaissance institutionnelle constitue l'aboutissement du parcours déjà riche de cette thématique de la médiation sociale et culturelle en général et de la médiation sanitaire en particulier. Si la première émerge en France au début des années 80 dans le cadre de la “politique de la ville”, la seconde s'impose au moment de l'arrivée du sida. Un certain nombre d'expériences de médiation (le plus souvent associatives) se développent alors auprès des migrants infectés par le VIH. Leur proportion (60 % de la file active totale du Corevih Île-de-France - Est aujourd'hui), le manque d'accès de ces populations au dépistage, la chronicité de la maladie (et donc d'un besoin de suivi tout au long de la vie), légitiment de telles actions. Elles figurent d'ailleurs en bonne place du Plan National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014 qui préconise de “faciliter l'intervention de médiateurs formés, intervenants auprès des migrants dans une approche de santé globale”.

Compte tenu de l'importance prise par les migrants dans sa filactive, le Corevih-Est s'est, dès sa mise en place en 2007, intéressé à cette question via une commission spécifique migrants. Nommé en 2015 pilote de l'action régionale (Inter-Corevih) “promotion de la place de l'accompagnement et de la médiation en santé en amont et en aval du dépistage pour la population migrante” dans le cadre de la démarche de contractualisation avec l'ARS IDF, il œuvre depuis au développement de cette thématique.

Si l'inscription de la médiation sanitaire dans la loi du 26 janvier 2016 constitue bien l'aboutissement d'une série de travaux et d'expérimentations en la matière, les efforts doivent être poursuivis notamment dans la construction et la pérennisation d'une formation diplômante adaptée. L'offre de formation dans ce domaine s'est en effet raréfiée depuis l'arrêt de la formation de médiation en santé publique de l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA). L'enjeu est également de sortir la médiation sanitaire de la précarité statutaire dans laquelle elle est installée¹ pour qu'elle devienne une composante à part entière des structures hospitalières ou associatives qui prennent en charge les migrants.

Cette soirée “migrants et VIH, place de la médiation : vers une reconnaissance” a été l'occasion de dresser un état des lieux des ressources, des formations existantes, et des besoins du territoire en la matière. Elle a en corollaire permis à toute une série d'acteurs (associatifs, hospitaliers, chercheurs) de réfléchir aux perspectives et aux stratégies à mettre en œuvre pour que la médiation sanitaire, indispensable à l'accès au dépistage et aux soins, trouve enfin la voie de son plein épanouissement.

¹ La plupart des médiateurs sont actuellement employés en CDD de courte durée dans le cadre de contrats aidés type “adultes-relais”.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

UNE CONNAISSANCE APPROFONDIE DES MIGRANTS INFECTES PAR LE VIH QUI LÉGITIME LA PROMOTION DE LA MÉDIATION SANITAIRE

P 7

LA COMMISSION MIGRANTS DU COREVIH ÎLE-DE-FRANCE-EST : UN DISPOSITIF INDISPENSABLE À LA CONNAISSANCE DE CETTE POPULATION ET À L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES.

INTERVIEW — PROFESSEUR OLIVIER BOUCHAUD

Chef du Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne, Bobigny (93)

P 8

PARCOURS — UNE ENQUÊTE SUR LE VIH ET L'HÉPATITE B DANS LES PARCOURS DE VIE DE MIGRANTS SUB-SAHARIENS VIVANT EN ÎLE-OCDE-DE-FRANCE.

ANNABEL DESGRÉES DU LOÛ

Démographe, directrice de recherche au Centre Population et Développement, CEPED, UMR 196, Université René Descartes, Paris.

P 11

LA MÉDIATION SANITAIRE AUPRÈS DES PERSONNES MIGRANTES VIVANT AVEC LE VIH : UN ÉTAT DES LIEUX EN ÎLE-DE-FRANCE.

LESLIE DION

Chargée de mission en santé publique, Corevih Île-de-France-Est

P 14

LA MÉDIATION EN PRATIQUE : TÉMOIGNAGES

P 18

EXPÉRIENCE D'UNE PRATIQUE DE LA MÉDIATION AUPRÈS DE PATIENTS MIGRANTS DEPUIS 1994.

INTERVIEW — JACQUELINE FAURE

Psychologue, Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Tenon, 75020

P 20

LA MÉDIATION DANS UN CADRE HOSPITALIER

INTERVIEW — SIÉ DIONOU

Médiateur en santé
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Corevih Île-de-France-Centre

P 22

LA MÉDIATION DANS UN CADRE ASSOCIATIF

INTERVIEWS — LUC NAMSE — ANTOINETTE MBA MÉLÉ FOSSI

Association La Résilience, Corevih Île-de-France-Est et Action Baobab, dispositif de la Fondation Léonie Chaptal, Corevih Île-de-France-Nord

P 24

LA FORMATION : CLÉ DE VOUTE D'UNE RECONNAISSANCE EFFECTIVE DE LA MÉDIATION ?

P 28

LA MÉDIATION EN SANTÉ DANS LE DOMAINE DU VIH : RETOUR SUR L'EXPÉRIENCE DU PROGRAMME DE FORMATION DE L'INSTITUT (2000-2005)

SANDRINE MUSSO

Anthropologue
Aix-Marseille-Université, Centre Norbert Elias, ancienne chargée de mission à l'IMEA.

P 30

DÉFINIR LA MÉDIATION

INTERVIEW — BÉNÉDICTE MADELIN

Présidente de la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France.

P 36

LES ENJEUX D'UNE RECONNAISSANCE DE LA MÉDIATION

INTERVIEW — CAMILLE GREMEZ

Chargée de mission animation, association France Médiation, Paris - Île-de-France.

P 39

ANNEXES

AFFICHE ET PROGRAMME DE LA SOIRÉE

P 42

COMPTE-RENDU DES QUESTIONS AUX INTERVENANTS ET DE LA TABLE RONDE

P 44

UNE CONNAISSANCE APPROFONDIE DES MIGRANTS INFECTES PAR LE VIH QUI LÉGITIME LA PROMOTION DE LA MÉDIATION SANITAIRE

L'inscription officielle de la médiation sanitaire dans le cadre de la Loi du 26 janvier 2016 est le résultat, entre autres, d'une série de démarches visant à développer les connaissances sur les conditions de vie et de prise en charge des migrants infectés par le VIH. La mise en place de la commission "migrants" du Corevih-Est en 2007, la création en son sein d'un observatoire des dysfonctionnements de l'accès aux droits et aux soins, la mise en place de formations continues à destination des soignants ou encore le lancement d'un état des lieux de la médiation sanitaire en IDF en constituent un exemple. Des recherches telles que l'enquête PARCOURS en 2012, financée par l'ANRS, qui explore les vulnérabilités propres aux migrants issus de l'Afrique Subsaharienne témoignent également, de façon cruciale, de telles avancées. De la prévention au traitement, en passant par l'accès aux soins ou le recouvrement de droits sociaux, c'est tout un ensemble de paramètres qui doivent ainsi être pris en compte et dont la médiation doit se saisir.



POUVEZ-VOUS PRÉSENTER LA COMMISSION MIGRANTS?

La Commission existe depuis la création du Corevih. Je la dirige pour ma part depuis 2 ans. Le Corevih-Île-de-France-Est touche un public de personnes migrantes, et notre objectif

est de mieux prendre en charge ces personnes.

Nous nous sommes fixé comme feuille de route de mettre en place un observatoire des dysfonctionnements de l'accès aux droits et aux soins qui touchent plus particulièrement les

migrants du fait de leurs situations administratives plus difficiles et de leur précarité au sens large du terme.

L'autre objectif que nous nous sommes fixé a été de mettre en place des réunions qui jouent un rôle de formation continue sur la spécificité de la prise

« Je crois qu'il y a une volonté forte dans les institutions de santé de développer ce corps de métier, qui de fait, existe déjà, sauf qu'il est mal organisé, mal structuré et donc peu efficient par rapport à notre ambition. »

en charge des migrants. Ces spécificités sont liées aux difficultés sociales et administratives des patients, c'est-à-dire le plus souvent la difficulté d'obtenir leurs papiers. Ensuite, il y a la question de la vulnérabilité économique, et enfin la vulnérabilité affective et psychologique du fait de la stigmatisation de la maladie et de la crainte que leur état soit dévoilé dans leur famille. Les patients sont très isolés dans leur maladie parce qu'en réalité souvent ils ne peuvent pas en parler dans leur communauté ou dans leur famille, ou même à leur conjoint. Ils sont souvent seuls à porter leur maladie. Il y a aussi une vulnérabilité culturelle, même si cet aspect est mineur, mais parfois une difficulté à comprendre la maladie et cela peut entraver le traitement. Il faut bien noter que ces éventuelles vulnérabilités culturelles sont très secondaires par rapport aux difficultés administratives et socio-économiques. Il peut y avoir enfin une difficulté purement linguistique. Souvent les infirmiers ou les médecins n'ont pas conscience de ce problème. Quand le patient ne parle pas du tout français, c'est visible, mais parfois le patient parle un peu et peut tout à fait suivre un langage courant, mais lors d'une discussion spécifique avec un vocabulaire complexe c'est plus compliqué, et certains migrants, par respect, ont l'habitude de dire qu'ils ont compris, mais en pratique, ils n'ont

pas compris. D'où des quiproquos, des patients qui ne prennent pas ou mal leur traitement, par incompréhension.

EST-CE LÀ LE CONSTAT QUI VOUS A AMENÉ À ORGANISER CE COLLOQUE AUTOUR DE LA QUESTION DE LA MÉDIATION EN SANTÉ?

La médiation est en effet devenu un troisième grand objectif qui s'est ajouté à la feuille de route initiale. On avait organisé un colloque en novembre 2013 sur les spécificités de la prise en charge des patients migrants atteints du VIH. Ce colloque-ci a été axé sur la question de la médiation, et ce pour deux raisons.

Tout d'abord, nous sommes totalement convaincus de la pertinence de ce métier dans la prise en charge des patients.

Ensuite, il y a une raison plus opportuniste qui est la loi Santé, qui va être votée à l'Assemblée, et qui pour la première fois cite la médiation en santé comme ayant une existence institutionnelle. Alors que pour le moment c'était une pratique qu'on avait, ou pas, mais qui n'avait pas d'existence institutionnelle. Quand cette loi sera votée, il y aura une reconnaissance institutionnelle, ce qui nous incite à cadrer les limites du métier, voir comment on forme les médiateurs en santé. En pratique, dans le milieu associatif, il y a déjà

des médiateurs en santé, mais pour l'instant se côtoient tous les horizons, il n'y a pas de formation spécifique, donc il peut être nécessaire de formaliser la formation de ce métier. Nous avons pour objectif que la médiation en santé soit un métier reconnu en santé.

COMMENT DIRIEZ-VOUS QU'IL FAUT PENSER LA MÉDIATION EN SANTÉ?

Pour ma part, je ne pense pas qu'il faille former le personnel soignant à la médiation, car en un sens, nous faisons tous un peu de la médiation! Je crois qu'il faut un nouveau corps de métier, il s'agit surtout de créer un métier qui n'existe pas aujourd'hui, qui fasse le lien transversal entre les différentes structures et les différents acteurs de la santé qui interviennent autour du patient et le patient lui-même. Souvent le lien n'est pas fait. Et les différentes informations que le patient peut avoir glanées sont parfois mal délivrées, sans lien les unes avec les autres, et cela pose problème au niveau de la prise en charge.

QUELS SONT LES POINTS FORTS DE LA SOIRÉE?

Je pense que toutes les interventions étaient importantes!

Le tour d'horizon de Leslie Dion concernant les différentes structures

de médiation permettait de voir la grande hétérogénéité de ce que sont les pratiques, les formations et les profils de la médiation, un corps sans forme pour le moment, car pour l'instant il n'y a pas de reconnaissance, il n'y a pas de statut et il y a une grande précarité à l'heure actuelle pour les médiateurs. Etant eux-mêmes dans la précarité, avec des contrats souvent courts, dont on ne sait pas s'ils seront ou non reconduits, il est parfois difficile pour les médiateurs de faire un travail de fond.

L'intervention de Sandrine Musso sur l'histoire de la médiation, dans une conception historique et philosophique des choses, était également très éclairante.

Enfin la table ronde a permis à différentes personnes de s'exprimer. Il y avait trois médiateurs de profils très différents, ainsi qu'un médecin qui avait participé dans les années 2000 à une tentative de formation standardisée, ou du moins structurée, du métier de médiateur - dont le financement a ensuite été abandonné. Ce qui a été un moment fort de l'histoire de la médiation en France, et qui montrait bien la nécessité de formation de ce métier. Les trois groupes d'intervention ont tous apporté beaucoup au colloque.

QUELLES ORIENTATIONS CE WORKSHOP A-T-IL DESSINÉES?

Pour ma part, je souhaite que le Corevih, qui est porteur de ce type de projets, soit formateur. Je pense que nous sommes les mieux placés pour apporter une formation structurée aux futurs médiateurs.

La question ensuite est de savoir s'il faut que la formation porte sur le VIH spécifiquement et que chaque secteur

se charge d'une formation concernant ses pathologies (car en réalité, je suis convaincu que la médiation peut s'avérer utile dans toutes les pathologies). Ce n'est pas ce que je pense. Je crois qu'il faut un tronc commun (car le métier de base est le même), qui soit pluridisciplinaire à toutes les disciplines médicales, et ensuite seulement, qu'il y ait des modules spécifiques pour les médiateurs qui souhaitent s'engager dans le VIH ou ailleurs, avec des enseignements spécifiques qui ne représenteraient qu'un tiers ou un quart, le tronc commun étant le plus important. Cela a fait l'objet d'une discussion animée lors de la soirée.

Je pense que c'est une erreur de vouloir limiter les médiateurs à simplement faire le lien, sans aucune connaissance de la maladie. Car à mon sens, un médiateur qui exerce dans le champ du VIH, ou de la diabétologie, ou de l'oncologie, ou dans plusieurs domaines, qui n'aurait aucune connaissance des pathologies, perdrait en crédibilité auprès des patients, car souvent les patients ont des questions techniques, il y a un besoin de réponses, même si les médiateurs doivent connaître leurs limites.

CES MÉDIATEURS DOIVENT-ILS ÊTRE HÉBERGÉS PAR L'HÔPITAL?

Pour le moment, les médiateurs sont présents surtout en milieu associatif, et je pense que cela peut rester comme ça. Le lien entre la "ville" et l'hôpital ne se fait pas très bien, car l'hôpital se présente comme une cité interdite, qui a une tendance institutionnelle naturelle à se protéger de l'extérieur. Je pense qu'il est aussi nécessaire qu'il y ait des médiateurs en hôpital pour créer le lien. L'idéal serait que les médiateurs soient

"mixtes", insérés à la fois en association et à l'hôpital, de façon justement à faire le lien le plus possible. Et c'est là que le Corevih est idéalement situé, car il a vocation à agir à la fois en hôpital et en ville, et en associations, dans la prise en charge des patients.

QUEL BILAN DRESSEZ-VOUS DE CETTE SOIRÉE?

La soirée a été pour nous très satisfaisante. D'une part parce que l'affluence a été très importante, ce qui signifie que cette thématique intéresse les gens. Cela nous montre que les médiateurs et les acteurs de la santé ont compris que l'enjeu est important. Il y avait cependant peu d'institutionnels, mais cela s'explique par le fait que la loi n'est pas encore passée. Le contact que nous avons à l'HAS (Haute Autorité de Santé) nous disait qu'il ne pouvait pas s'exprimer tant que la loi n'a pas été promulguée. Le contenu de la loi est assez clair, mais ce qui ne l'est pas encore c'est comment les différentes institutions vont s'en emparer et s'engager dans la reconnaissance de ce corps de métier. Nous sommes là de toute façon pour supporter le plus possible l'engagement des institutions. Je suis convaincu que les pouvoirs actuels veulent, tout autant que nous, voir ce projet aboutir. Même s'il y a des contre-pouvoirs, ce qui est tout à fait possible, car annoncer un nouveau corps de métier peut toujours faire peur aux corps de métier déjà existants qui peuvent craindre de voir leurs champs d'action réduits, à tort je pense. Je crois qu'il y a une volonté forte dans les institutions de santé de développer ce corps de métier, qui de fait, existe déjà, sauf qu'il est mal organisé, mal structuré et donc peu efficient par rapport à notre ambition.



PARCOURS : UNE ENQUÊTE SUR LE VIH ET L'HÉPATITE B DANS LES PARCOURS DE VIE DE MIGRANTS SUB-SAHARIENS VIVANT EN ÎLE EN FRANCE

En France, les personnes qui sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées par le VIH/sida et par l'hépatite B, deux maladies qui ont en commun d'être dues à des virus qui se transmettent par voie sexuelle et sanguine. Cela est du tout d'abord au fait que ces

deux maladies, le VIH/sida et l'hépatite B, sont beaucoup plus présentes en Afrique qu'en France. Mais pour le VIH, l'analyse des souches de virus montre qu'au moins un quart des personnes infectées l'ont probablement été en France car ils portent une souche "européenne" très rare en Afrique. Le

poins du VIH chez les Africains vivant en France n'est donc pas une question purement épidémiologique mais appelle des questions sociales : dans quelle mesure le fait de s'infecter, mais aussi, une fois infecté, la rapidité à laquelle on est diagnostiqué, pris en charge et traité, dépendent des condi-

« C'est en effet en comprenant mieux comment certaines situations particulières engendrent des difficultés, tant dans la prévention que dans la prise en charge de ces maladies, qu'on pourra y apporter des solutions adaptées et adéquates. »

tions de vie, des situations relationnelles, etc...? Pour l'hépatite B, maladie beaucoup moins stigmatisante que le VIH mais aussi beaucoup moins bien connue, les questions se posent dans des termes similaires.

Fallait-il pour autant se lancer dans une enquête spécifique auprès de personnes nées en Afrique subsaharienne? Le problème de l'infection VIH/sida chez les migrants a longtemps été tu en France, bien que l'épidémie ait concerné (aussi) ces migrants dès les premiers cas diagnostiqués. Le souci était, bien évidemment, d'éviter une possible stigmatisation. Cependant, comme l'a montré l'anthropologue Didier Fassin dans les années 2000, il est nécessaire de réfléchir sur le lien entre sida et immigration, non pour pointer des "comportements à risques" chez les immigrés ou dans leurs sociétés d'origine, mais pour mettre au jour des vulnérabilités particulières.

L'étude PARCOURS est née de cette nécessité d'explorer les vulnérabilités spécifiques auxquelles peuvent faire face les personnes nées en Afrique subsaharienne et vivant en France face à la prévention et à la prise en charge du VIH/Sida et de l'hépatite B. C'est en effet en comprenant mieux comment certaines situations particu-

lières engendrent des difficultés, tant dans la prévention que dans la prise en charge de ces maladies, qu'on pourra y apporter des solutions adaptées et adéquates.

Financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales, elle est portée par des équipes de chercheurs de divers instituts (IRD, INSERM et INPES) et a bénéficié du soutien d'associations de migrants et de patients (RAAC-Sida, SOS hépatites, FORIM).

QUEL TYPE DE RECHERCHE?

Parcours est un programme de recherche construit autour d'une large enquête quantitative menée auprès de 2500 personnes pendant 16 mois entre février 2012 et mai 2013 dans 74 structures de santé en Ile de France. Dans l'enquête quantitative, trois groupes de personnes ont été enquêtés : un groupe de personnes suivies à l'hôpital pour un VIH, un groupe de personnes suivies à l'hôpital pour une hépatite B chronique, et un groupe de personnes n'ayant aucune de ces deux maladies, recrutées dans des centres de santé généralistes. Dans chacune des structures de santé où était menée l'enquête, c'est le médecin qui proposait l'enquête aux patients nés dans un pays d'Afrique

subsaharienne, lors de sa consultation. Lorsque la personne acceptait l'enquête elle participait après la consultation à un entretien avec un enquêteur spécialement formé qui collectait des informations détaillées (et anonymisées) sur l'ensemble de son PARCOURS de vie (logements, famille, activités professionnelles...), au moyen d'une grille biographique. Dans cette collecte des parcours de vie, étaient insérées des questions sur la santé et les maladies : histoire des dépistages pour le VIH et l'hépatite B, traitements, couverture maladie, hospitalisations, principales maladies. Cette collecte sous forme biographique mais standardisée pour un traitement statistique ultérieur, permet d'analyser de façon quantitative la place des événements dans le parcours de vie et leur enchaînement.

Les trois groupes enquêtés étaient représentatifs des personnes nées en Afrique subsaharienne, vivant en Ile de France et venant consulter dans les structures de santé concernées. Le fait d'enquêter dans des structures de santé, accessibles à tous sans condition autre que d'avoir résidé 3 mois sur le sol français, et où la confidentialité est une règle stricte, nous a permis d'avoir accès à toutes les catégories de personnes migrantes, y compris celles qui n'avaient pas de titre de séjour.

QUELS RÉSULTATS?

Cette étude permet tout d'abord de mieux comprendre les situations vécues en France par les migrants⁽¹⁾. Pour beaucoup, l'arrivée est un moment d'insécurité juridique car plus d'un tiers des personnes enquêtées ont déclaré s'être retrouvées sans titre de séjour lors de leur première année en France, et une personne sur cinq n'avait pas de logement stable au cours de cette première année et a dû changer fréquemment de logement. Cette insécurité dure plusieurs années : pour avoir à la fois un titre de séjour d'au moins un an, un logement à soi et un travail rémunérateur, il a fallu attendre la sixième année de séjour en France pour les femmes et la septième pour les hommes pour la moitié des personnes enquêtées. Les migrants venus d'Afrique subsaharienne vivent donc pendant une période particulièrement longue après leur arrivée en France une situation d'insécurité, soit parce qu'ils n'ont pas de papiers, soit parce qu'ils n'ont pas leur propre logement, soit parce qu'ils n'ont pas de revenus. Un quart des femmes et un quart des hommes n'ont toujours pas obtenu ces éléments basiques d'installation au bout de la onzième année et douzième année en France, respectivement. Par contre, une fois que les personnes sont sorties de la grande précarité, il est rare qu'elles y retombent.

L'étude a aussi permis de mesurer qu'un tiers à la moitié (selon qu'on applique des critères plus ou moins stricts pour l'estimation) des Africains vivant avec le VIH en Ile de France ont été infectés après leur arrivée en France⁽²⁾. Nous montrons aussi que l'infection par le VIH en France est directement liée aux situations de précarité : toutes choses égales par ailleurs, il y a plus d'infection VIH lors des années sans logement stable ou sans titre de séjour⁽³⁾.

« Nos résultats conduisent à renforcer la prévention : il faut dépister vite et tôt, mais il faut aussi permettre aux migrants d'éviter d'être infectés quand ils arrivent en France, et cela passe par une meilleure prise en charge de la précarité, en particulier des difficultés de logement chez les femmes. »

Ces résultats changent beaucoup l'image qu'on avait de l'épidémie du VIH/sida dans ce groupe de population. Comme le postulat était que l'immense majorité des personnes migrantes touchées par le VIH avaient dû être infectée avant l'arrivée en France, la priorité était de les dépister le plus vite possible pour les amener au traitement. Nos résultats conduisent à renforcer la prévention : il faut dépister vite et tôt, mais il faut aussi permettre aux migrants d'éviter d'être infectés quand ils arrivent en France, et cela passe par une meilleure prise en charge de la précarité, en particulier des difficultés de logement chez les femmes.

Les analyses sont toujours en cours et cette enquête va permettre aussi de mesurer le délai entre l'arrivée en France et l'accès au dépistage, au diagnostic, aux soins, ainsi que leurs déterminants. Des analyses du niveau d'anxiété, des violences sexuelles subies, de la consommation d'alcool sont en cours, ainsi que des analyses de l'impact du diagnostic sur la vie des gens. Certains de ces travaux en cours seront présentés à la conférence francophone sur le VIH (AFRAVIH) à Bruxelles en avril 2016.

Les résultats de cette étude sont mis à disposition de tous au fur et à mesure de leur parution sur le site web dédié à l'étude www.parcours-sante-migration.com

LE GROUPE PARCOURS est composé de

A. Desgrées du Loû ~ F. Lert ~ R. Dray Spira ~ N. Bajos ~ N. Lydié (resp. scientifiques) - J. Pannetier ~ A. Ravalihasy ~ A. Gosselin - E. Rodary - D. Pourette J. Situ ~ P. Revault ~ P. Sogni ~ J. Gelly ~ Y. Le Strat ~ N. Razafindratsima

1. Gosselin A ~ Desgrées du Loû A ~ Lelièvre É Lert F ~ Dray-Spira R ~ Lydié N
[Understanding Sub-Saharan migrant settlement in France through a capability approach: evidence from a life-event history survey.](http://www.ceped.org/IMG/pdf/wp33.pdf)
Les working papers du Ceped [Internet]. 2016 Jan
<http://www.ceped.org/IMG/pdf/wp33.pdf>

2. Desgrées du Loû A ~ Pannetier J ~ Ravalihasy A Gosselin A ~ Supervie V ~ Panjo H ~ al. Is hardship
[Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ?](http://www.ceped.org/IMG/pdf/wp33.pdf)
Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS).
Bull Epidemiol Hebd. 2015;40-41:752-8.

3. Desgrées du Loû A ~ Pannetier J ~ Ravalihasy A Le Guen M ~ Gosselin A ~ Panjo H ~ al. Is hardship
[During migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France: AIDS.](http://www.ceped.org/IMG/pdf/wp33.pdf) 2016
Feb;30(4):645-56.



« Dans le domaine du VIH les besoins en médiation sont réels et importants, tant au niveau du dépistage que de l'accompagnement des personnes concernées par le VIH, qui devra se poursuivre tout au long de la vie. Cependant, l'offre de formation sur le territoire francilien n'est pas en accord avec ces besoins, puisqu'il n'existe à l'heure actuelle aucune formation diplômante ou certifiante en médiation en santé. »

~ COREVIH-IDF-EST ~

LA MÉDIATION SANITAIRE AUPRÈS DES PERSONNES MIGRANTES VIVANT AVEC LE VIH : UN ÉTAT DES LIEUX EN ÎLE DE FRANCE

La commission migrants du Corevih-Est s'est saisie de la problématique de la médiation en santé au début de l'année 2015, dans le cadre de sa feuille de route sur l'accompagnement des personnes migrantes. Un constat s'est vite imposé parmi les membres de la commission : l'offre de formation dans le domaine s'était raréfié depuis l'arrêt de la formation de médiation en santé publique de l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA). Il était donc nécessaire de faire un état des lieux des formations existantes ainsi que des ressources et des besoins du territoire en matière de médiation en santé, en vue de proposer un programme de formation adapté.

ÉTAT DES LIEUX DES FORMATIONS EN MÉDIATION

Le degré de structuration d'un champ professionnel se mesure notamment à l'existence de formations diplômantes ou certifiantes dans le domaine. Nous allons voir que si ces formations se développent progressivement dans le champ de la médiation sociale, elles restent très rares dans celui de la médiation en santé. En effet, il n'y a à l'heure actuelle plus de formation diplômante spécifique à la médiation en santé en Ile de France. L'université de Paris 8 (Vincennes-Saint Denis) a mis fin l'an dernier au DESU "Information, médiation, accompagnement en santé", une formation accessible à bac + 4 et la seule portant spécifiquement sur la santé. L'étude s'est donc concentrée sur les autres formations de médiation pouvant servir de base à l'exercice de la médiation en santé.

Les deux formations diplômantes recensées sont des diplômes universitaires (DU), dispensés par les Universités Paris-Descartes et Panthéon-Assas. Le DU "Pratiques de médiation en situation transculturelle" de l'Université Paris-Descartes dure 112 heures et se déroule sur une année. Si ce DU n'est pas spécifiquement dédié à la médiation en santé, il dispense néanmoins plusieurs cours spécifiques à cette thématique. Enfin, le DU "La médiation" de l'Université Panthéon Assas dure 180 heures réparties sur une année et se présente comme une formation généraliste.

Les quatre formations non diplômantes sont dispensées par des associations. On trouve tout d'abord l'offre de formation France Médiation, réseau d'acteurs de la médiation sociale. L'association propose plusieurs modules fondamentaux et d'approfondissement de la médiation sociale, de trois jours en moyenne chacun.

L'association Femmes inter Association /Inter services Migrants (FIA/ISM), dispense également une formation de quatre jours intitulée "Médiation et communication", dont l'objectif est de donner des bases pratiques de médiation sociale.

Le Comité d'Éducation pour la Santé du 91 (Codes 91) organise quant à lui depuis 2012 un cycle de huit journées thématiques sur le thème "la promotion de la santé, un volet complémentaire dans la fonction des médiateurs sociaux". Ces journées, animées par l'IREPS et la fédération Addictions, ont pour objectif de renforcer les compétences des médiateurs franciliens en promotion de la santé et de créer une démarche de travail commune.

Enfin, on peut évoquer l'offre de formation développée par l'Association pour l'Accueil des Voyageurs (ASAV). L'association a développé depuis 2010 un programme de médiation sanitaire à destination de leurs médiateurs et tourné vers les problématiques de la communauté ROM. Deux sessions de formation initiale ont déjà eu lieu (en 2010 et 2014), chacune agrémentée d'un cycle de formation continue. Bien que centré sur les populations ROM, l'intérêt de ce programme réside dans son adaptabilité à d'autres publics qui connaissent des situations de précarité similaires.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE : LA MÉDIATION, LE FRUIT D'UN PARCOURS

TPOLOGIE DES STRUCTURES ET NATURE DE L'ACTIVITÉ

Le diagnostic mené sur le territoire francilien a été effectué par voie de questionnaires et d'entretiens qualitatifs auprès de 23 médiateurs en santé, dans 13 structures différentes. Sept structures prennent exclusivement en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les six autres prennent en charge des personnes vulnérables et à risque pour le VIH (migrants, transsexuels et prostituées, usagers de drogues). Les files actives cumulées de ces structures amènent à un total de 8000 personnes bénéficiaires des actions de médiation et d'accompagnement. Ces structures sont en grande majorité des associations (16 médiateurs), une fondation (4 médiatrices) et trois hôpitaux (3 médiateurs).

Les trois domaines d'action principaux de la médiation sont l'accompagnement aux droits et aux soins, le soutien et l'écoute et enfin l'information et la prévention. Le travail de médiation auprès de PVVIH s'effectue en étroite collaboration avec les centres hospitaliers et les équipes soignantes, des locaux étant souvent mis à leur disposition. En effet, la chronicité du VIH est telle que la relation médiateur-médié (bénéficiaire) est très personnalisée et se construit souvent sur le long terme. La médiation a alors lieu sur les lieux de consultation ou d'hospitalisation (permanence en hôpital de jour, visites en hospitalisation, entretiens individuels dans un local dédié, participation aux séances collectives d'ETP etc.). Cette médiation demande d'avoir une connaissance accrue de la maladie et des traitements. Les autres actions de médiation répertoriées sont plus "classiques" : aide aux démarches

administratives, accompagnement physique en administration (préfecture notamment), organisation d'informations collectives sur des thèmes divers, confection de repas, accompagnement en sortie etc.

LES MÉDIATEURS DE SANTÉ : PROFIL, FORMATION, PARCOURS

Le parcours du médiateur est le fruit de plusieurs éléments, parfois mêlés : la migration, le parcours de vie, la formation. Pour tous les médiateurs interrogés, la médiation est majoritairement le fruit d'une évolution ou d'un changement de carrière, en témoigne leur âge moyen de 48,7 ans ainsi que la nature de leur formation initiale. En effet, sur les 23 médiateurs seuls six avaient effectué leur formation initiale dans le domaine médico-social. Par ailleurs, la profession est plutôt féminine (13 femmes et trois personnes trans-femmes, donc 16 médiateurs sur 23), ce qui rejoint les caractéristiques des métiers du care majoritairement occupés par les femmes.

L'origine géographique des médiateurs nous donne des indications supplé-

mentaires sur leur profil. Sur les 23 médiateurs rencontrés, 17 sont nés en Afrique, trois en Europe, deux en Amérique Latine et une en Asie. Les médiateurs ont presque tous en commun le fait de parler une ou plusieurs langues étrangères, ce que beaucoup qualifient d'essentiel dans leur pratique. Mais cette répartition reflète également l'importance de la proportion de personnes d'origine africaine dans l'épidémie française.

Sur les 23 médiateurs, 8 ont suivi une formation en médiation spécifique : 2 ont le titre TMS (Technicien Médiation Service), 3 ont suivi la formation IMEA, une a suivi la formation de FIA/ISM et une l'une des Journées du Codes 91 "médiation et périnatalité". En revanche, la majorité d'entre eux ont suivi une formation sur le VIH (19 sur 23), ce qui prouve le besoin de connaissances précises sur la maladie de la part des médiateurs et des structures. Cette donnée est également ressortie au cours des entretiens.

Beaucoup de médiateurs ont souligné l'importance de l'expérience associative et militante dans leur parcours, qu'elle soit en France ou au pays. Ce

« La chronicité du VIH est telle que la relation médiateur-médié est très personnalisée et se construit souvent sur le long terme. »

La médiation a alors lieu sur les lieux de consultation ou d'hospitalisation. Cette médiation demande d'avoir une connaissance accrue de la maladie et des traitements »

CONCLUSION

type d'engagement est très souvent lié au parcours de vie des personnes, il faut souligner son importance dans le choix du métier de médiateur. La question du lien avec la maladie est fréquemment revenue en entretien, bien que, dans un souci éthique, il soit difficile de la poser directement. Certains médiateurs ont évoqué leur séropositivité librement, quand d'autres l'ont abordée à demi-mot. Dans tous les cas beaucoup de médiateurs interrogés (notamment parmi ceux spécialisés dans la médiation auprès de PVVIH) ont un lien avec le Sida, qu'il les concerne directement ou indirectement, par le biais de l'entourage. Ainsi, les médiateurs tirent également leur connaissance de la maladie et des traitements de leur propre expérience, ce qui rapproche la médiation, dans une certaine mesure, de la démarche des "patients-experts", ou "pair-aidance". Les deux démarches sont cependant à distinguer car dans le deuxième cas, la personne fonde sa légitimité à exercer ce métier avant tout sur sa propre expérience de la maladie, ce qui n'est pas le cas parmi les médiateurs de l'étude.

Après de longues années de plaidoyer, la médiation en santé entre dans une nouvelle phase de sa reconnaissance après l'adoption de la nouvelle Loi santé. Dans le domaine du VIH les besoins en médiation sont réels et importants, tant au niveau du dépistage que de l'accompagnement des personnes concernées par le VIH, qui devra se poursuivre tout au long de la vie. Cependant, l'offre de formation sur le territoire francilien n'est pas en accord avec ces besoins, puisqu'il n'existe à l'heure actuelle aucune formation diplômante ou certifiante en médiation en santé. Or la formation est une étape clé de la professionnalisation d'un métier car elle permet non seulement la garantie d'un service de qualité, mais également une reconnaissance de l'expertise par les institutions partenaires. Cette formation de médiation en santé devra permettre un ajustement entre l'hétérogénéité des profils des professionnels et être complétée par une formation centrée sur la problématique du VIH, les exigences en termes de connaissances précises étant nombreuses.

Enfin, la médiation est encore trop souvent un métier précaire, tributaire du financement des contrats-aidés (adulte-relais, CUI-CAE) et des subventions associatives. Cette précarité, décrite par plusieurs des médiateurs rencontrés lors de l'étude est une source d'instabilité professionnelle en plus d'être une source de souffrance personnelle, ce qui nuit nécessairement à leur activité. La reconnaissance complète doit donc également passer par une étape de pérennisation des emplois, afin de garantir la qualité de l'accompagnement et de ne pas faire de la précarité une constante dans ce métier qui exige une grande force morale.

« La médiation est encore trop souvent un métier précaire, tributaire du financement des contrats-aidés (adulte-relais, CUI-CAE) et des subventions associatives. Cette précarité, décrite par plusieurs des médiateurs rencontrés lors de l'étude est une source d'instabilité professionnelle en plus d'être une source de souffrance personnelle, ce qui nuit nécessairement à leur activité. »

LA MÉDIATION EN PRATIQUE : TÉMOIGNAGES

Interface, intermédiaire, traducteur..., les médiateurs interviewés à l'occasion de cette soirée multiplient les qualificatifs et les superposent, pour tenter de définir au plus juste leur activité. D'horizons divers, ils se rejoignent sur l'idée que la médiation sanitaire, bien qu'encore en construction, renvoie à des pratiques et une posture professionnelle spécifiques. Pont entre deux cultures, il leur appartient d'instaurer un dialogue efficace entre celle dite "savante" et celle dite "profane", toutes deux porteuses d'interprétations susceptibles de mettre à mal la relation et le parcours de soins.

Tous s'accordent à dire que par-delà leur parcours antérieur, leur expérience, cette posture ne peut être acquise sans formation dédiée. Cette formation est indispensable à l'amélioration des savoirs d'une part mais aussi à l'acquisition de savoir-être et savoir-faire (effort de distanciation, capacité de communication...) que requiert tout "travail sur autrui".



EXPÉRIENCE D'UNE PRATIQUE DE MÉDIATION AUPRÈS DE PATIENTS MIGRANTS DEPUIS 1994

COMMENT AVEZ-VOUS ÉTÉ AMENÉE À PARTICIPER AU "WORKSHOP" "MIGRANTS ET VIH" ?

Je suis psychologue à Tenon en maladies infectieuses et tropicales et je travaille depuis 23 ans auprès de patients atteints par le vih-sida. Dès le début de ma pratique je me suis trouvée en difficulté face à certains patients migrants. C'est en cherchant des solutions que j'ai rencontré l'association Uraca (devenue

aujourd'hui Uraca-Basiliade). Dès 1994, nous avons fait ensemble ce qu'on appelle maintenant la médiation : l'association fait le lien entre les patients migrants et les soignants pour nous aider à nous comprendre mutuellement. Uraca nous apporte un éclairage sur les coutumes, les représentations de la maladie, le recours aux soins traditionnels et explique aux patients en terme approprié leur maladie, les trai-

tements... À l'époque, l'équipe médicale apportait ses connaissances sur la maladie. C'était un véritable échange. Il y avait un besoin de connaissances sur la pathologie vih-sida du côté de l'association pour expliquer au malade ce qu'était cette maladie invisible ou bien répondre à des questions de la part de patients dépistés et qui n'avaient pas de symptôme : "On me dit que je suis malade, mais moi je ne

« Le métier de médiateur ne fait pas de la simple traduction, il tient compte de la culture du patient et il doit bien connaître la pathologie de celui-ci. Cela nécessite une formation spécifique. »

sens rien". Comment faire comprendre cette maladie sans symptôme et pour laquelle il faut un traitement? D'autre part, certains patients ont d'autres questions car, tout en comprenant le mécanisme de la transmission, ils ne comprennent pas d'où vient la maladie, pour eux il y a une cause "mystique". Il y a 20 ans, nous n'avions pas d'approche ethno-psychiatrique et avec l'association Uraca nous avons pu comprendre cette dimension culturelle en faisant des consultations d'ethnomédecine. C'est pourquoi je dis que nous faisons de la médiation depuis fort longtemps. Aujourd'hui, les problématiques culturelles sont toujours présentes et le travail avec l'association et avec d'autres médiateurs continuent.

QUELLES PROBLÉMATIQUES ABORDÉES PENDANT LA SOIRÉE VOUS ONT SEMBLÉ LES PLUS PERTINENTES?

Ce qui m'a paru important c'est de réfléchir aux indications de la médiation : quand est-elle utile? Quelquefois, le problème est simplement celui de la langue, il faut alors faire appel à un interprète. Le métier de médiateur c'est autre chose, il ne fait pas de la simple traduction, il tient compte de la culture du patient et il doit bien connaître la pathologie de celui-ci et cela nécessite une formation spécifique. Le médiateur est un pont entre les deux cultures.

QUELLE FORMATION PRÉCONISEZ-VOUS POUR CE MÉTIER DE MÉDIATEUR?

Pour moi, ce qui est très important, c'est d'être attentif aux croyances et aux références culturelles du patient : en tenir compte et ne pas juger. C'est important de bien connaître la culture - être originaire du même pays, je ne sais pas si c'est absolument nécessaire - mais en tout cas connaître, être ouvert. Il faut également pouvoir aborder la question des émotions chez le médiateur, car il pourra être face à des situations qui peuvent le déstabiliser, qui peuvent lui rappeler des choses personnelles. Il faut un temps pour aborder cela dans la formation, c'est important d'être attentif à ses propres émotions pour savoir les gérer. Il faut enfin avoir des compétences relationnelles. Les médiateurs demandent qu'on formalise leur profession. Cette formation devrait avoir trois volets : médical, anthropologique, et psychologique (gérer la relation et gérer ses propres émotions). Ensuite vient aussi la question de qui doit assurer ces formations. Dans la soirée, on a vu qu'il y avait deux types de médiateurs: ceux, patients eux-mêmes, qui ont donc l'expérience de la maladie et ceux qui ont une formation paramédicale (infirmier). Les deux profils ont leur place. Mais, ce n'est pas suffisant d'être soi-même malade pour être un bon médiateur, celui qui vit avec la maladie peut se présenter en modèle

"il s'en est sorti, il vit bien avec...". Mais en réalité ce n'est pas suffisant. Il faut aussi être capable de montrer un cheminement, des étapes. C'est pourquoi la formation est essentielle.

Il y a enfin la question de l'évaluation, et ça c'est très difficile, c'est comme pour nous, les psychologues : notre travail est difficilement évaluable tout comme celui de l'éducation thérapeutique. Quelqu'un dans la soirée a dit qu'il y avait eu des évaluations du métier de médiateur dans le cadre scolaire qui avaient été positives. Ce serait bien de s'en inspirer.

QUELLE EXPÉRIENCE DE LA MÉDIATION VOUS PARAÎT LA PLUS REPRÉSENTATIVE, LA PLUS PROBANTE, DANS VOTRE PRATIQUE DE CE MÉTIER QUE VOUS AVEZ EXERCÉ "AVANT L'HEURE" ?

Les consultations d'ethnomédecine avec l'association Uraca, où se sont côtoyés médecins et guérisseurs, ont permis que soient abordées les conceptions traditionnelles de la maladie et le recours un autre système de soins. Cette démarche a apporté des réponses plus adéquates aux questionnements de certains patients et paradoxalement les a aidé à mieux accepter la maladie et les traitements. Mais pour bon nombre de patients une simple médiation est suffisante, à condition que la culture y soit reconnue.



« Il faut que le soignant puisse expliquer clairement la maladie pour que le patient ait moins peur du traitement, et en même temps il faut donner l'occasion au soignant de comprendre les représentations et croyances du patient pour qu'il ait la capacité d'écouter le patient. »

~HÔPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE, COREVIH-IDF-CENTRE~

LA MÉDIATION DANS UN CADRE HOSPITALIER

POUVEZ-VOUS PRÉSENTER VOTRE MÉTIER DE MÉDIATEUR DE SANTÉ TEL QUE VOUS L'EXERCEZ

La médiation en santé c'est l'interface entre le soignant et le soigné. Mon métier, je l'ai débuté là où j'avais fait mon stage, c'est-à-dire en éducation thérapeutique. Être intermédiaire, c'est essayer de clarifier les représentations et les croyances, de traduire cela auprès des soignants, qui pouvaient être bloqués par des difficultés de compréhension de la culture. Il fallait que quelqu'un puisse expliquer ces croyances et représentations, et inversement, qui puisse aussi expliquer aux patients ce que leur disent les soignants.

QUELLE FORMATION AVEZ-VOUS SUIVIE?

Je n'ai pas eu de formation de médiation culturelle en tant que telle. Je viens du paramédical, je suis infirmier de formation, spécialisé dans le VIH. J'ai fait une formation continue à Paris-XIII, en éducation thérapeutique qui m'a permis de me former à une approche pédagogique en santé, pour accompagner les patients.

DANS QUELLE STRUCTURE TRAVAILLEZ-VOUS?

Je travaille au sein du Corevih Île-de-France-Centre, qui regroupe quatre hôpitaux, la Pitié-Salpêtrière, Tenon, Saint-Antoine, et Trousseau. La consultation en structure de soin occupe 60% de mon temps, mais je fais également un travail de médiation avec une approche de santé globale, dépistage et prévention VIH et hépatites dans le foyer de migrants du XIII^{ème} arrondissement.

ment. Je travaille principalement avec des personnes issues de l'immigration subsaharienne.

DANS QUELLE MESURE LA MÉDIATION DE SANTÉ EST UN ATOUT POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS?

La médiation a pour but de rendre le patient autonome, dans son parcours de soin, et d'aider les soignants à devenir autonomes eux aussi, en un sens. Ce métier consiste à créer les conditions favorables pour se comprendre. J'aime penser qu'il n'y a jamais deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a deux personnes qui n'ont pas discuté. La médiation consiste à créer les conditions pour que les deux personnes s'assoient à une même table pour se parler, car souvent elles disent la même chose sans se comprendre. Avec la médiation, deux cultures peuvent se comprendre, se croiser pour optimiser la compréhension. On a peur de ce qu'on ne comprend pas, il faut donc que le soignant puisse expliquer clairement la maladie pour que le patient ait moins peur du traitement, et en même temps il faut donner l'occasion au soignant de comprendre les représentations et croyances du patient pour qu'il ait la capacité d'écouter le patient.

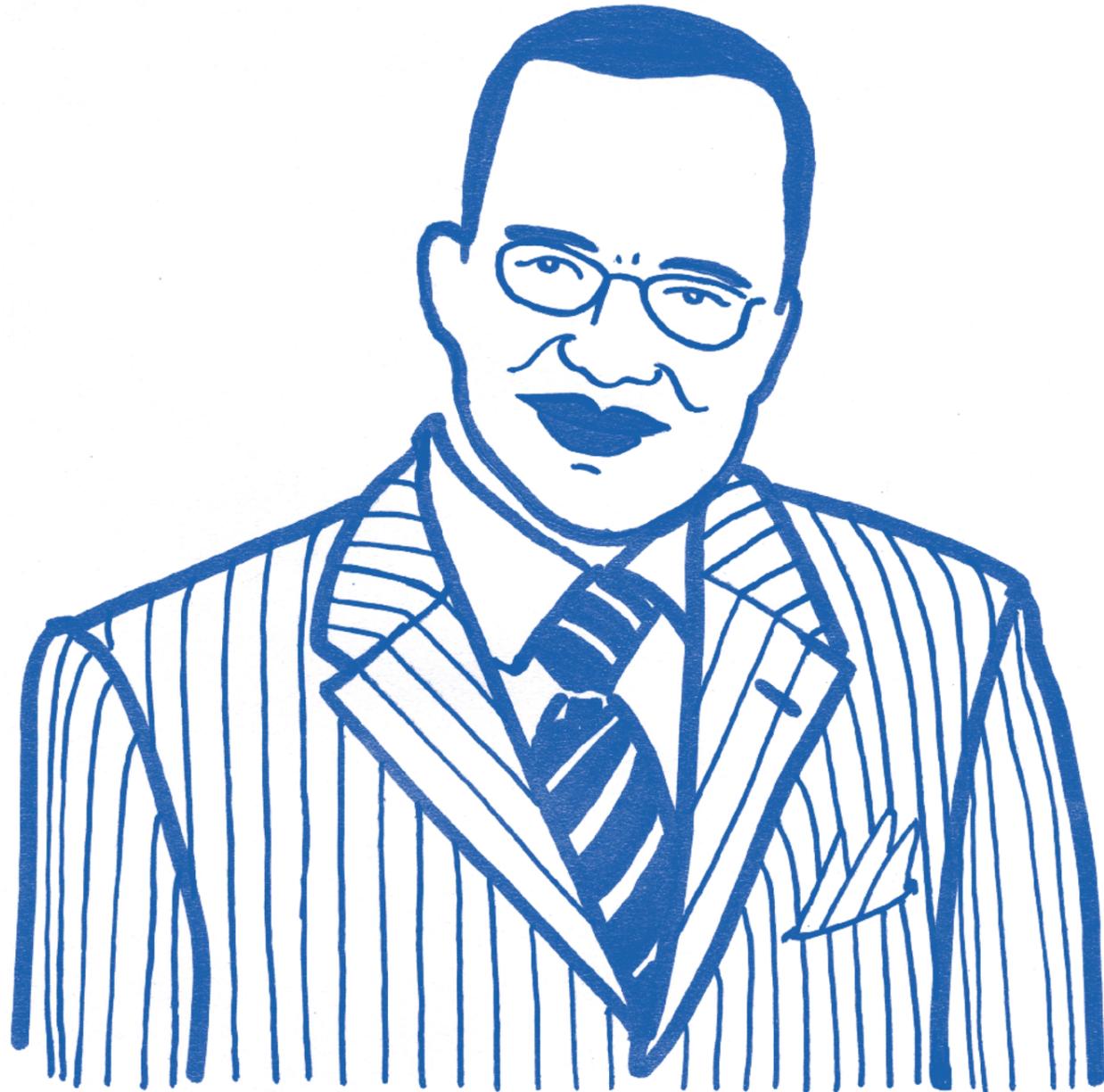
QUELS SONT, SELON VOUS, LES POINTS FORTS ET LES LIMITES DE CE MÉTIER?

Quand je suis arrivé dans ce métier, au début, on m'envoyait tous les patients originaires d'Afrique subsaharienne. Moi, j'essayais de distinguer : quand c'était un problème purement linguistique, la solution est l'interprète, si c'est un problème de logement ou de papiers

administratifs, c'est le travail de l'assistant social. Si le problème dépasse la question culturelle, que la personne est en souffrance psychique, on a besoin d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais si le problème est culturel, alors on peut travailler avec le médiateur. Il faut faire la part des choses. Pour faire ce travail de médiation ceci dit, il faut connaître le parcours dans la maladie, l'offre de soin, ce que les associations sont capables de faire.

QUELS ONT ÉTÉ, POUR VOUS, LES MOMENTS FORTS DE LA SOIRÉE "MIGRANTS ET VIH"?

C'était très intéressant, et très important de se rencontrer pour essayer de voir comment on peut valoriser ce métier qui manque de reconnaissance, comment mettre en place un module de formation pour accompagner les personnes qui sont intéressées par ce métier. La soirée nous a permis de partager nos expériences dans le but de formaliser ce travail qui existe déjà. La question a été soulevée de savoir si le médiateur doit être spécialiste de la pathologie de la personne qu'il accompagne, et je crois en effet que, sans appartenir au corps médical, le médiateur doit être formé sur la pathologie.



« C'est un métier important qu'il ne faut pas perdre de vue. Il faut que l'administration y pense, non seulement pour le VIH mais pour d'autres pathologies, et qu'elle propose également une amélioration du statut du métier de médiateur. »



« Le métier de médiateur est souvent exercé à travers des contrats aidés pour une durée bien déterminée. Ce qui met le médiateur ou la médiatrice dans une situation de précarité, alors que son travail consiste à aider les personnes qu'il accompagne à sortir de la précarité. »

LA MÉDIATION DANS UN CADRE ASSOCIATIF

POUVEZ-VOUS PRÉSENTER LE MÉTIER DE MÉDIATEUR DE SANTÉ ET LA FORMATION QUE VOUS AVEZ SUIVIE?

LUC NAMSE

J'ai suivi une formation au CRIPS. Mon métier de médiateur consiste à accompagner les patients atteints du VIH, tant au niveau administratif que thérapeutique. J'aide les patients dans leur insertion sociale de façon globale. Je gère les demandes auprès de l'AME, la CMU et les demandes de titres de séjour, il m'arrive aussi en cas de refus de titre de séjour de faire des plaidoyers à la préfecture. En plus de cela, nous faisons aussi des travaux de prévention et de sensibilisation du VIH.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Le profil du médiateur diffère d'une structure à l'autre mais la base reste l'accompagnement. Pour ma part, je suis médiatrice de santé et j'ai suivi une formation initiale de 5 mois, du 4 novembre 2002 au 26 mars 2003 à l'IMEA (Institut de Médecine et D'Épidémiologie Appliquée) sur le thème "Amélioration de l'accès aux soins et aux droits du public en situation de vulnérabilité".

DANS QUELLE STRUCTURE TRAVAILLEZ-VOUS?

LUC NAMSE

Je travaille au sein de la Résilience, qui est une association dont je suis salarié.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Je travaille actuellement à l'action Baobab de la Fondation Léonie Chaptal. La Fondation offre des formations dans le domaine de la santé notamment : les formations d'infirmier, d'aide-soignant, d'auxiliaire de

puériculture et des formations continues. Elle offre également des soins à domicile aux personnes âgées et ou handicapées, aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle fait de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'action Baobab intégrée dans le pôle soins fait du soutien médico-social. Nous faisons l'accompagnement global des personnes touchées par le VIH et d'autres pathologies associées. Nos locaux se trouvent au Centre Hospitalier de Gonesse. En tant que médiatrice de santé, je fais de la prévention du VIH/SIDA, l'accompagnement dans les démarches administratives, c'est-à-dire l'accès aux droits et aussi l'éducation thérapeutique du patient. Dans notre structure nous travaillons en équipe.

AUPRÈS DE QUEL PUBLIC INTERVENEZ-VOUS?

LUC NAMSE

Principalement un public africain, d'Afrique Centrale. En zone d'intervention, nous recevons aussi des Asiatiques et d'autres populations migrantes. Pour tous les immigrés, le problème principal est d'obtenir le titre de séjour. Alors que la loi dans notre pays est que toute personne porteuse de cette pathologie, et dont le pays d'origine ne propose pas le traitement, doit être prise en charge par la France. Nous nous basons sur ce texte dans notre travail.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Notre public est mixte, essentiellement composé de personnes originaires d'Afrique subsaharienne touchées par le VIH.

DANS QUELLE MESURE LA MÉDIATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ EST UN ATOUT POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS?

LUC NAMSE

Pour nous l'atout c'est la meilleure prise en charge globale du patient, car c'est nous, les médiateurs, qui côtoyons finalement le plus le patient. Plus encore que le corps médical. Je fais remonter le ressenti des patients qui vivent avec le traitement auprès des médecins, cela a beaucoup aidé, même les labos. Car ce que nous remontons au corps médical a des conséquences directes : c'est à partir de ces données qu'on a pu trouver de nouvelles molécules, et nous en sommes très fiers.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

La médiation en santé permet l'amélioration de la santé des patients et de leur condition de vie. La médiation permet une meilleure observance thérapeutique et évite les "perdus de vue". Elle favorise l'accès aux soins et aux droits des personnes afin de permettre une meilleure prise en charge globale. On ne peut bien prendre en charge une personne que si l'on prend en compte son entourage, sa vie sociale et ses représentations.

QUELS SONT, SELON VOUS, LES POINTS FORTS ET LES LIMITES DE CES MÉTIERS? COMMENT FAUT-IL DÉFINIR CE MÉTIER?

LUC NAMSE

Il faudrait revaloriser ce métier. On le fait de manière bénévole, or si l'État nous reconnaissait, et si tous les médiateurs de santé pouvaient faire converger leurs rapports et expériences, cela permettrait une meilleure

prise en charge des patients. Il faudrait trouver une grille dans l'organigramme des hôpitaux, pour que nous ayons un peu plus d'écoute au niveau de l'administration centrale de la santé.

Pour définir ce métier, je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'être porteur du VIH, c'est peut-être un plus, mais c'est avant tout un métier. Il faut une base comme le baccalauréat je pense et une formation adéquate, mais ce sont pour ma part surtout mes expériences en associations qui m'ont permis de devenir réellement médiateur. Il serait souhaitable d'ajouter à cette formation une étude de type universitaire, par exemple quand il s'agit de faire des retours sur les aspects médicaux, il faut une base un peu solide.

C'est un métier important qu'il ne faut pas perdre de vue. Il faut que l'administration y pense, non seulement pour le VIH mais pour d'autres pathologies, et qu'elle propose également une amélioration du statut du métier de médiateur, c'est important aujourd'hui.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Le métier de médiateur est souvent exercé à travers des contrats aidés pour une durée bien déterminée. Ce qui met le médiateur ou la médiatrice dans une situation de précarité, alors que son travail consiste à aider les personnes qu'elles accompagnent à sortir de la précarité. Le travail des médiateurs n'est ni reconnu ni considéré alors que nous faisons le lien entre le patient, l'équipe médicale, les acteurs sociaux et l'entourage du patient. Notre objectif est de permettre à la personne de devenir autonome.

QUELLE A ÉTÉ

VOTRE CONTRIBUTION À

LA SOIRÉE DE WORKSHOP DU COREVIH ÎLE-DE-FRANCE-EST?

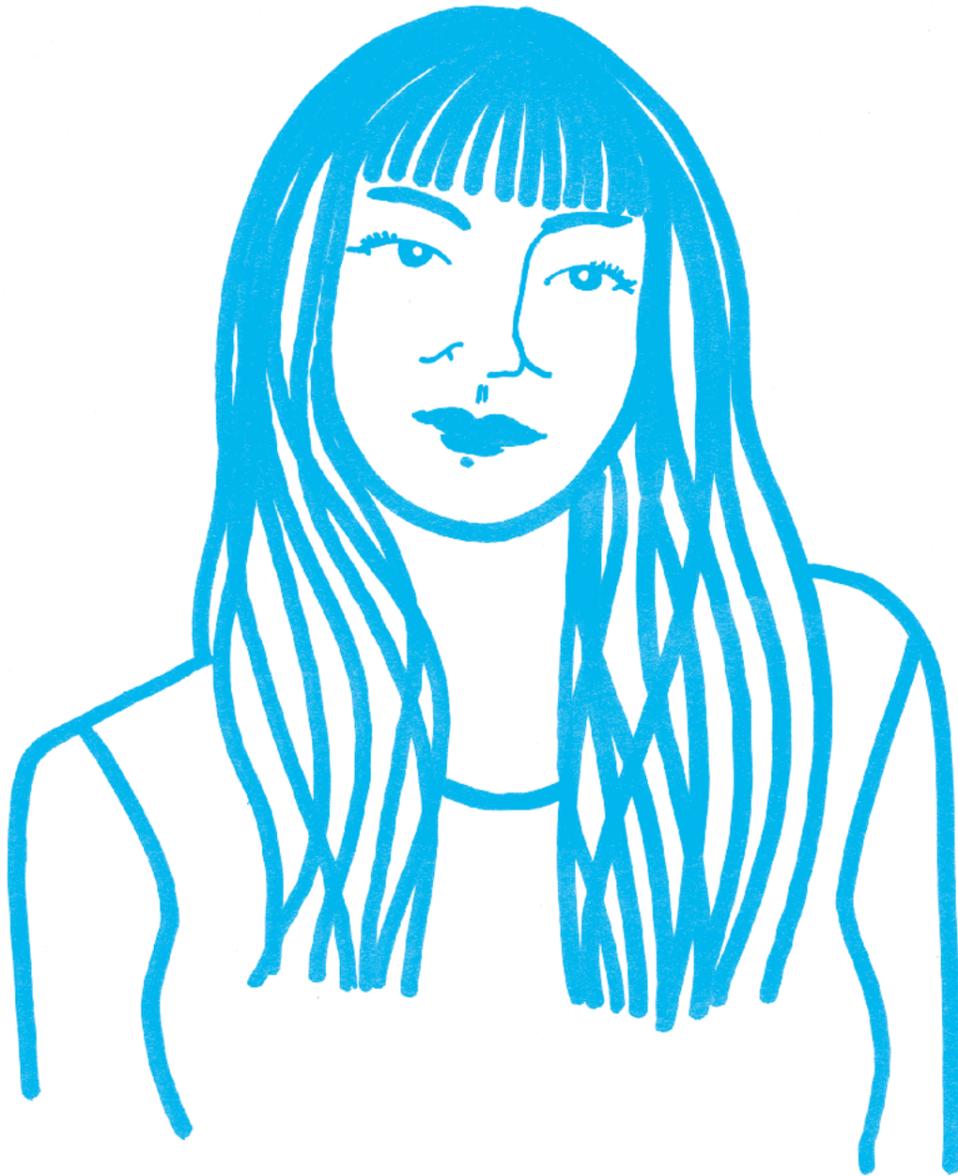
ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

J'ai été invitée par le Corevih pour participer à cette soirée. Mes impressions sont que la soirée était très intéressante. Ce serait plus profitable si chacun avait un temps de parole défini et respecté de façon à permettre à chacun de pouvoir s'exprimer. Cela fait partie de ce que l'on apprend en formation (le non monopole de la parole), d'où l'importance que les médiateurs soient formés.

LES ENJEUX DE LA FORMATION

Derrière la nécessité, partagée par tous, de mettre en place une formation dédiée, se profile un débat qui trouve sa source à la fois dans l'histoire de la médiation en France et dans les enjeux que ce type de formation tend à soulever. Comme nous le montre l'anthropologue Sandrine Musso, faire l'histoire de la médiation s'avère nécessaire. Parce que les pratiques d'aujourd'hui s'éclairent et s'améliorent à la lumière des précédentes d'une part. Parce que le montage d'une formation implique d'autre part de faire des choix, des découpages, qui ne vont pas de soi et sont susceptibles – ce que nous permet de comprendre l'histoire – d'entrer en collision avec d'autres formations et professions "installées".

Les intervenants réunis ici s'interrogent ainsi sur la meilleure forme à donner à une formation de médiateur sanitaire. L'enjeu est de taille car de cela dépendra aussi la reconnaissance pleine et effective du métier.



“Tant que les lions n’auront pas leurs propres historiens, les histoires de chasse continueront à glorifier le chasseur”
– Proverbe africain

Les conditions de possibilité du programme dont je vais partager ici quelques éléments de bilan sont ancrées dans la deuxième moitié des années 1990 en France, soit il y a aujourd’hui près de 20 ans.

C’est dire si l’inscription en 2016, dans la loi de santé publique, de la médiation sanitaire, en offrant une reconnaissance à cette fonction, ne la crée évidemment pas. Elle donne néanmoins un cadre officiel à un certain

nombre d’initiatives, lesquelles ont une longue histoire sur laquelle il ne sera pas possible de revenir ici de manière exhaustive. Mais ce détour par l’une d’entre elles, celle conduite au sein de l’IMEA entre 2000 et 2005, paraît d’autant plus nécessaire qu’à l’instar de l’incipit de ce texte au sujet des lions et des chasseurs, l’histoire de ces initiatives, tout comme celle d’autres “dominés” (songeons à l’énergie qu’il fallut pour qu’une his-

toire des femmes ou de l’immigration ait accès à l’espace académique), est rarement transmise. De sorte qu’il est possible d’observer régulièrement le retour de projets présentés comme innovants, ne tenant compte d’aucun écueil ou bilan que la connaissance d’expériences antérieures aurait pu éclairer. Ces quelques paragraphes ont donc pour intention d’éviter de “réinventer la roue” une nouvelle fois, là où des leçons pourraient être tirées.

« Le programme a donné à voir qu’il s’agissait de distinguer une médiation sociale dédiée à des questions de santé et une médiation “de santé publique”. Quelle commune mesure en effet entre une médiatrice intervenant auprès de personnes co-infectées VIH/VHC dans un service hospitalier et une autre réalisant le suivi des visites médicales réalisées dans le cadre scolaire auprès de parents d’un quartier marqué par la relégation et la pauvreté? »

MÉDIATIONS ET MÉDIATEURS : UNE LONGUE HISTOIRE...

Le terme de médiateurs est employé par les historiens et anthropologues pour qualifier les formes de circulations entre culture “savante” et “populaire”, ou les personnages rompus au dialogue avec le monde de l’invisible. Soit, en d’autres termes, les institutions et figures dont la caractéristique ou la qualité réside dans la traversée de mondes séparés qu’elles font communiquer.

Plus près de nous, c’est dans les années 1960 que l’on voit éclore diverses initiatives de médiation. En Amérique du nord, c’est particulièrement la médiation familiale, visant à déjudiciariser les conflits autant qu’à faire face à la recomposition des liens conjugaux et familiaux qui va se diffuser outre atlantique. Cette optique de “déjudiciarisation” est aussi celle qui va sous-tendre le développement de la médiation pénale et juridique.

Dans le champ de la santé plus particulièrement, la généalogie des pratiques de médiation est à lier d’une part aux initiatives de santé communautaire qui se développent en Amérique du sud, sur le continent africain à partir des années 60 et 70, mais aussi à certaines initiatives localisées en France et en Europe.

Les deux perspectives qui sous-tendent le déploiement d’initiatives de médiation (éviter le conflit et création/re-création du lien social) vont croiser à partir des années 1980 deux mouvements de fond qui vont se déployer en France autour des questions de “proximité” et de “participation”.

La systématisation de la notion de médiation apparaît quant à elle à la fin des années 80, autour d’expériences de médiation communautaire, pénale et familiale très localisées. Le cadre de la politique de la ville qui se met en place dans les années 80 va tendre à institutionnaliser des démarches de mobi-

lisations citoyennes très largement incarnées par des femmes issues de l’immigration africaine et/ou maghrébine. D’abord bénévoles, celles-ci vont progressivement donner lieu à la création de postes salariés, avec pour la première fois en 1992 la création de postes de “femmes-relais” par la Ministre Simone Veil qui met à disposition 1000 Contrats Emploi Solidarité afin de “promouvoir l’intégration de la population immigrée” à des femmes ayant fait montre de leur engagement citoyen et dans un premier temps non salarié dans les espaces géographiques et sociaux où elles vivent.

A cet égard la singularité du contexte français, a-contrario d’exemples comme l’Italie et le Portugal, réside dans le fait qu’ “une grande partie des initiatives de médiation s’inscrit dans les politiques publiques, et ce quel que soit le domaine” (Wievorka; 2002 : 23). Cette nécessité de “relais” va également

s'imposer dans le champ des interventions sanitaires (Hanoun et Musso, 1997). Ces relais mettent en exergue l'existence de frontières entre mondes sociaux qui ne communiquent plus, ou entre lesquels il s'agit de renouer des liens. Ils éclairent aussi la dimension culturelle des institutions de soins et des initiatives de santé publique, pour qui la "culture" c'est évidemment toujours "celle des autres", de publics qui répondent imparfaitement à ce que le système de soin a pensé pour eux.

Ce développement du travail de proximité pour pallier à l' "exclusion des soins" mise à l'agenda politique dans la deuxième partie des années 80 et la "sous-traitance" de celui-ci à des acteurs associatifs, va être la scène avec l'arrivée de l'épidémie de sida du recours à des notions clés liées entre elles. Celles-ci renvoient aux stratégies de "outreach" (aller vers), à l'émergence d'associations d' "auto-support" ou d' "approches communautaires", à

l' "éducation par les pairs" ou d'émergence de "professionnels d'expérience", dans le cadre du mouvement en faveur de la "réduction des risques" infectieux liés à l'utilisation de matériel d'injection non stérile dans le cadre des usages de drogues, mais aussi dans le champ de la prostitution. "Ce type de démarche participe d'un mouvement engagé depuis la fin des années 1980 et auquel la lutte contre le sida a donné une impulsion décisive, de renouvellement des formes de l'intervention socio-sanitaire à destination des populations désaffiliées" (Mathieu, 2000)

Le développement de "professions inachevées", vient nourrir le mouvement plus vaste d'augmentation des "petits boulots" du travail social (Ion, 1998). Tandis que la reconnaissance, dans l'histoire sociale de la lutte contre le sida, d'une "expertise profane" portée par les personnes vivant avec le VIH fait également partie de ces mouvements de fond qui portent l'intention de faire du

« Nos résultats conduisent à renforcer la prévention : il faut dépister vite et tôt, mais il faut aussi permettre aux migrants d'éviter d'être infectés quand ils arrivent en France, et cela passe par une meilleure prise en charge de la précarité, en particulier des difficultés de logement chez les femmes. »

"savoir d'expérience" un savoir reconnu. A la fin des années 1990, la France met en œuvre une réforme cardinale de la protection sociale avec la CMU (1998) pour lutter contre l'exclusion des soins. Produisant avec l'Aide Médicale d'État des "exclus de l'universel", le champ de la santé publique promeut par ailleurs la "démocratie sanitaire" et le droit des "usagers du système de santé".

d'autres administrations sanitaires et sociales de l'Etat n'y vienne s'ajouter. L'équipe initiale est composée de médecins de santé publique et d'intervenants en travail social et/ou médiation sociale. Les trajectoires professionnelles antérieures des uns et des autres s'inscrivent respectivement dans le champ de la prévention et/ou de la prise en charge du sida (Arcat Sida, CRIPS Île-de-France), des questions de santé et de développement au sein d'associations de "migrants" (GRDR), ou de médiation sociale et culturelle (FIA ISM). C'est donc de la rencontre entre

LE « PROGRAMME NATIONAL POUR L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION AVEC LES PUBLICS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ » : 2000-2005

C'est dans ce contexte qu'entre 2000 et 2005, l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA), portera un programme de formation de "médiateurs de santé publique". Mis en place dans 4 sites (Paris, Marseille, Nice et Cayenne) et trois régions entre 2000 et 2005, ce programme de formation et de suivi avait concerné plus de 150 "nouveaux acteurs de santé"³, dédiés à "l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins avec les publics en situation de vulnérabilité". La "proximité" avec les publics visés par le programme, ou le fait de partager avec ceux-ci une même

condition, devrait favoriser la réussite de leurs interventions et, par devers elle, l'accès aux institutions de publics qui, pour des raisons variées, en étaient exclus.

Porté par une fondation, l'IMEA, rompue à la recherche médicale principalement sur le continent africain depuis les années 1960, le programme était unique en son genre dans ce cadre car seul à concerner la France. Il fut soutenu principalement par la division sida de la Direction Générale de la Santé (DGS), avant que la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et

Les mondes de l'action de proximité dans les domaines de la santé et dans celui de la médiation sociale dont le programme témoigne.

Les 150 personnes formées sur les quatre sites ont des profils extrêmement variés. En termes de diplôme à l'entrée en formation par exemple, le niveau s'échelonne de la fin du collège au doctorat. Cela renvoie à une définition plurielle de la proximité mise en œuvre par les promoteurs du programme. Tout comme la cible s'inscrit dans une perspective large (les publics en situation de vulnérabilité sociale), la définition adoptée de la proximité met en jeu un spectre étendu et pluriel. Elle peut d'abord s'entendre au sens géographique et réfère alors à des lieux de vie ou des "quartiers".

La proximité peut aussi renvoyer à des affinités identitaires, faisant alors référence à l'ethnicité, mais aussi au partage de l'expérience d'un stigmaté ayant un impact sur l'identité sociale, la relation aux institutions et au monde, comme peuvent l'être la maladie, de l'usage de substances psychoactives ou la prostitution.

La proximité peut enfin renvoyer à des variables société-démographiques (classe d'âge, professions...), ou à des événements de vie (expérience de l'exil, de violences etc...).

Le colloque final du programme en octobre 2005 au Ministère de la santé offrit une tribune à des membres d'associations constituées autour de causes singulières et publics spécifiques (association de transgenres, de personnes africaines séropositives, constituées autour de pathologies spécifiques), ou d'autres oeuvrant pour l'accès aux soins et aux droits sociaux dans des lieux caractérisés par la relégation (foyers de travailleurs migrants, "quartiers"). Cette

variété était le reflet de l'acceptation plurielle de leur rôle que pouvait avoir les médiateur/trice/s eux/elles-mêmes. Pour certains, faire profession de son stigmaté ou d'une forme d'altérité, était parfois la seule manière d'entrer dans le monde professionnel là où le monde "ordinaire" implique de le cacher ou de risquer d'en subir les désavantages. D'où l'ambivalence de la "vocation" qui, pour n'être évidemment pas restreinte à ce type de profession, pouvait se vivre sous différentes formes. Celles-ci s'inscrivent sur un continuum allant de la "maladie élection" forgeant la conviction d'une expérience et d'un savoir à transmettre, à la "maladie métier" en passant par les postures d'avocat ou de porte-parole du collectif d'appartenance (Musso, 2006; 2013).

Les médiateurs, s'ils peuvent avoir traversé des expériences de vie susceptibles de "résonner" avec celles des publics avec lesquels ils travaillent, ne sont toutefois pas obligatoirement des "mêmes" ou des "pairs" : c'est la formation qui donne à leur intervention une dimension professionnalisée, en ce qu'elle suppose l'exercice d'une réflexivité et d'une prise de recul sur cette expérience. C'est pourquoi, pour que les personnes soient intégrées à la formation, elles devaient faire état d'un lien avec une association "de proximité", d'un parcours de vie (personnel et/ou professionnel) et de l'idée d'un projet dans le domaine de la santé. D'une durée de 400 heures, et de 40 jours en alternance, les futurs médiateurs furent formés au "counseling", à des pathologies médicales diverses (VIH, hépatites, paludisme, saturnisme, diabète, hypertension, tuberculose, etc.), aux problèmes transversaux en lien avec l'observance et au dépistage, à des questions juridiques (droits des étran-

« Les médiateurs, s'ils peuvent avoir traversé des expériences de vie susceptibles de "résonner" avec celles des publics avec lesquels ils travaillent, ne sont toutefois pas obligatoirement des "mêmes" ou des "pairs" : c'est la formation qui donne à leur intervention une dimension professionnalisée »

gers, accès aux soins, système sanitaire français, etc.) et à la méthodologie de projet, puisque le but ultime de la formation était de les aider à développer un projet santé au sein de leur association, en lien avec des constats réalisés empiriquement.

Le programme était donc un programme de formation et de suivi, prenant acte des limites d'une série d'initiatives l'ayant précédé, visant justement à former des "relais" dont la trace est perdue dès leur sortie de formation. Les promotions successives de médiateurs qui vont dès lors se succéder donneront à voir des assemblées baroques et métissées où, au-delà des contenus apportés par les différents formateurs, les questions d'altérité et celles de variabilité des notions de normes et de déviance seront au cœur de ce que les personnes membres du groupe s'apporteront entre elles au cours de la formation. Ce dernier point est un élément attesté de manière transversale au sein des entretiens menés avec les promoteurs du programme comme avec les médiateurs : la richesse, l'intensité des échanges et de cette expérience et arène singulière de confrontation et de discussions entre personnes auxquelles aucune nulle autre occasion de se rencontrer, en dehors de cet "artefact", n'aurait été donnée.

³ Qualification usitée par le directeur de la fondation IMEA dans son discours d'ouverture du colloque

ENJEUX ET TENSIONS STRUCTURELLES

Au terme du programme, en 2005, une évaluation fut conduite par un bureau d'étude qui conclut en 2006 à l'intérêt du dispositif qui, à l'instar de ce qui se produit souvent pour les programmes dits expérimentaux, ne fut dès lors plus financé. Néanmoins, cette évaluation à laquelle s'ajoute une recherche-action conduite par l'équipe à partir de 2003 identifia trois enjeux et tensions structurelles qui, aujourd'hui comme hier, gardent leur pertinence.

En premier lieu, le programme a donné à voir qu'il s'agissait de distinguer une médiation sociale dédiée à des questions de santé et une médiation "de santé publique". Quelle commune mesure en effet entre une médiatrice intervenant auprès de personnes co-infectées VIH/VHC dans un service hospitalier et une autre réalisant le suivi des visites médicales réalisées dans le cadre scolaire auprès de parents d'un quartier marqué par la relégation et la pauvreté? Si dans les deux situations il s'agit de traduire et adapter au plus près des réalités des personnes des stratégies ou messages médicaux, les compétences techniques que suppose l'activité sont dissemblables.

Le rapport final d'évaluation évoque ainsi le fait que "la plupart d'entre eux travaillent dans des associations à vocation sociale, et les questions de santé représentent une activité parmi d'autres interventions; un nombre plus restreint de médiateurs intervient auprès d'établissements de santé, à la demande de médecins responsables et/ou en partenariat avec eux, et contribuent à l'adaptation des établissements à des publics nouveaux; et ce, au point d'être jugés indispensables par la hiérarchie médicale et d'être très largement sollicités par les patients concernés." Les évaluateurs distingueront donc entre "médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé", et "médiateurs de santé" intervenant exclusivement dans le sec-

teur de la santé. Ceci pose évidemment des questions particulières dès lors qu'un élargissement du programme ou la construction d'un diplôme national est envisagé. Car dans le premier cas, la stratégie d'inclusion de modules de formation relatifs à la santé aux formations déjà existantes de médiation sociale et culturelle pourrait suffire, sans création d'un domaine autonome de médiation de "santé publique", à résoudre la question de la pérennisation d'un dispositif de formation en direction d'acteurs de proximité.

Dans le second, les enjeux en termes de formation et d'insertion professionnelle sont à penser au sein du domaine de la santé publique et du système de santé. C'est dans cette perspective uniquement que la question du "nouveau métier" se pose réellement. Celui-ci serait alors une réponse aux enjeux de reconnaissance d'un savoir issu de l'expérience et de ce qu'il pourrait apporter à la prise en charge de personnes issues de publics stigmatisés, discriminés et/ou en situation de grande précarité.

En second lieu, le programme a donné à voir une tension entre l'insertion professionnelle de personnes et le renforcement des capacités des associations. Cette tension eut pour point de cristallisation la question du projet de santé que le médiateur devait construire : le suivi réalisé par l'équipe concerne-t-il seulement la personne, ou doit-il aussi comprendre son association? Que faire lorsque la personne ayant suivi la formation et obtenu un poste sur la base d'une action de médiation en santé est confrontée à l'injonction par son association de travailler sur "autre chose"?

De la même façon qu'il existe une aide au développement, il existe une aide et des financements publics pour les associations, lesquelles s'inscrivent ainsi dans un marché où elles doivent "coller" au langage et à la forme de la demande pour être considérées comme légitimes

du point de vue de l'offre. La nécessité de la neutralité, qui est un référent central de la médiation, ne prend donc pas en compte cette donnée des "arènes" et les jeux d'acteurs qui les caractérisent.

En outre l'absence d'un dispositif spécifique avec des postes de "médiateurs de santé" créés et financés, a rendu le programme dépendant des stratégies et difficultés des associations, puisque c'est sur elles que reposait la perspective de création de postes de médiateurs. Alors même que le programme se définissait avant tout comme un programme de formation et de suivi, les questions d'insertion professionnelle, auxquelles furent pourtant régulièrement confrontés ses promoteurs, constituaient l'un de ses impensés. Enfin, "professionnaliser l'expertise profane" pose la question de la dépendance du médiateur à la structure ou l'association au sein de laquelle il intervient. La notion de proximité, telle qu'une définition ouverte en avait été adoptée dans les prémisses du programme posait deux questions essentielles : qu'en est-il de la question d'une compétence liée à l'expérience de vie, qui était l'un des axes forts et originaux de cette initiative, et quel est le bénéfice d'une intervention réalisée par des personnes "issues d'un milieu"?

Certaines personnes suivies dans le cadre du programme, et revendiquant un statut d'"ex" (usager de drogue, personnes prostituées essentiellement) et une expertise basée sur la traversée d'une expérience ont pu éprouver et témoigner d'une situation de grande fragilité, du fait du maintien d'un contact quotidien avec un milieu dont elles "étaient sorties". L'"entre-deux" mondes peut être parfois fort difficile à gérer pour celles-ci, du fait des processus d'identification, des dilemmes, voire des accusations de "trahison" de l'ancien/actuel groupe d'appartenance, auxquels il expose.

De surcroît, en l'absence d'une recon-

naissance instituée de cette compétence, de la "minorité" constituée par ces "professionnels d'expérience" dans les équipes où ils interviennent, à laquelle s'ajoute le confinement dans les "actions de terrain" au détriment d'une valorisation d'un apport au niveau décisionnel et stratégique, les personnes peuvent avoir le sentiment de "stagner" ou d'être instrumentalisées. Faire profession de son stigmatisme comme cela a été évoqué, c'est aussi rester susceptible de continuer à être stigmatisé, ou de rester pour ses collègues de travail, professionnels "traditionnels", l'éternel "ex", un professionnel pas tout à fait "comme les autres" dont la parole peut être renvoyée à la suspicion du "parti-pris".

Enfin, le fait d'être "issu de" peut devenir le seul capital social dont disposent des personnes discriminées par ailleurs dans l'accès à la sphère professionnelle, et qui paradoxalement ne peuvent y être insérées qu'en mobilisant l'origine sociale, culturelle ou nationale qui précisément est une entrave à l'insertion dans d'autres champs professionnels.

En troisième lieu, tensions et enjeux se donnèrent à lire autour des fonctions de relais et de médiation. Le programme s'est vu confronté à un recours à la médiation sous l'angle d'une instrumentalisation comme relais bien plus que sous forme d'une interpellation critique (Ayoub et Musso, 2006). C'est d'ailleurs ce que certains analystes des emplois de médiateurs sociaux qualifient de formes d'"indigénat" du point de vue du recours institutionnels à ce type de salariés en emplois aidés, "jeunes des quartiers" se retrouvant confinés dans un secteur professionnel sans perspectives d'évolution ou de reconnaissance (Biotteau, 2007). Ceci renvoie d'une part au statut précaire de la fonction, mais aussi à la nécessité de former le milieu professionnel au sein duquel intervient le médiateur, au-delà de la formation dédiée à ce dernier.

CONCLUSION

Les projets et expériences initiés dans le cadre de ce programme ont in fine donné à voir une sorte de topographie de figures de l'"altérité" sanitaire : le "toxicomane", le "sdf", le "malade du sida", les "prostitué(e)s", les "immigrés" ont été autant de cibles des actions menées, à la nuance près que les actions étaient la plupart du temps conduites par des personnes issues de ces milieux, ou revendiquant leur appartenance à ceux-ci. La question de l'étiquetage comme déviants eu égard aux normes explicites et/ou implicites du système de santé, et ses conséquences sur l'exclusion, les discriminations ou le déficit d'accès aux soins a donc été particulièrement mise en lumière dans le cadre de cette initiative. Elle a constitué une réponse d'intérêt face à ces logiques, même si, cela a été souligné, le statut précaire de la plupart des médiateurs n'a pas toujours permis la possibilité de "faire remonter les dysfonctionnements". En cela, le programme rejoint des constats déjà établis dans d'autres

types d'initiatives de médiation, car "Les rencontres organisées sur le thème de la médiation abordent de façon récurrente la question de la professionnalisation des acteurs de la médiation qui constitue un enjeu transversal" (Wievorka, 2003 : 34). Ajouté à cet enjeu transversal la spécificité du champ et des métiers de la santé, et la nature particulière du "pouvoir de guérir" (Fassin, 1996) : le recours aux médiateurs vient aussi dire quelque chose des effets de la technicisation toujours accrue de la bio-médecine, à laquelle ces auxiliaires peuvent devenir le "supplément d'âme" manquant.

Le récit de l'histoire sociale de ce programme met en tout cas en exergue les contradictions transversales entre politiques publiques, ce que Pierre Bourdieu nommait la "main gauche" et la "main droite" de l'État, qui construit dans le même temps un dispositif en produisant par ailleurs les conditions de production de son inévitable efficacité limitée.

POUR ALLER PLUS LOIN

// F. Ayoub et S. Musso, 2006

"Marseille : Regard anthropologique sur le recours à une médiatrice de santé publique",

in La santé de l'homme, Revue de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé, n°382 : 34-36.

[En ligne : <http://www.cfes.sante.fr/SLH/articl...>]

// A. Biotteau, 2007

"Les emplois de médiateurs dans les quartiers difficiles"

Journal des anthropologues, 108-109, 279-298.

// B. Hanoun et S. Musso, 1997

"L'émergence théorique et pratique de la notion de relais en santé publique"

76. Journal du Sida numéro 92-93,

n° spécial Monde arabe-Migrants, Janvier

// J. Ion, 1998,

"Le travail social au singulier", Paris, Dunod

// L. Mathieu, 2000, "Une profession inachevée : animatrice de prévention en milieu prostitutionnel"

Sociologie du Travail, Vol. 42, No. 2, pp. 263-279

// S. Musso, 2013, La "participation profane" et son usage dans le champ de la médiation socio-sanitaire, Rhizome. Bulletin national santé mentale et

précarité, n°49-50, Octobre, p. 22-24, 2006, Genèse du programme de médiation en santé publique, Rapport

d'activité du programme de l'IMEA, Non publié

// M. Wievorka, 2002,

La médiation. Une comparaison européenne, http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/mediation_cle03e6d5.pdf

// D. Fassin, 1996, L'espace politique de la santé, PUF



« Depuis 20 ans maintenant, je me bats pour la reconnaissance du métier, qu'il ne faut pas cantonner à un secteur professionnel, il faut penser aux passerelles, avec des formations sur les secteurs concernés, c'est une posture la médiation qui doit exister dans différents secteurs. »

~ ÎLE DE FRANCE ~

DÉFINIR LA MÉDIATION

POUVEZ-VOUS NOUS EXPLIQUER EN QUELQUES MOTS CE QU'EST LA FÉDÉRATION RÉGIONALE DES ASSOCIATIONS DE MÉDIATION?

L'objectif de cette association est la qualification des médiateurs et médiatrices et la reconnaissance du métier à part entière. Aujourd'hui, peu d'institutions acceptent de payer les médiateurs, et leur exercice repose sur des contrats aidés essentiellement. Cette reconnaissance ne peut pas être pleine et entière à partir du moment où ce n'est pas un métier inscrit dans les conventions collectives par des employeurs potentiels, qui peuvent être des collectivités locales, des associations. La fonction de médiateur social comme corps de métier n'existe pas. C'est à ce niveau-là que nous travaillons. La Fédération Régionale des Associations de Médiation existe depuis 2011, avant la Fédération Départementale des Associations de Médiation qui existe, elle depuis 2000. A partir de la création des Emplois jeunes, toutes les collectivités et l'Éducation Nationale, ont créé des contrats de médiateurs, des contrats donc aidés par l'État, ce qui a donné plus de visibilité aux quelques 1000 à 1200 médiateurs qui pouvaient exister jusqu'à présent sur le territoire.

CETTE RECONNAISSANCE DOIT-ELLE ÉGALEMENT PASSER SELON VOUS PAR L'OBTENTION D'UN DIPLÔME?

Il existe déjà le diplôme de Technicien Médiation Service, auquel nous avons participé, en définissant avec les équipes en charge de mettre en place ce titre, les compétences qui pourraient réellement valider le métier. Ce n'est pas un titre qui passe uniquement par un examen mais aussi par une mise en situation. La Fédération et France Médiation ont envoyé une contribu-

tion dans le cadre des Etats Généraux du travail social pour demander qu'il y ait un troisième pilier dans les métiers d'intervention sociale, en plus des éducateurs et des assistants sociaux, qui soit la médiation sociale.

QUEL EST L'APPORT DE LA MÉDIATION SOCIALE PAR RAPPORT AUX AUTRES MÉTIERS D'INTERVENTION SOCIALE?

On dissocie ce métier des autres en ce qu'il n'ouvre pas de droits, il permet l'accès à des droits. Il est donc dans cette posture de tiers, entre une administration et une personne. C'est un travail que nous avons fait en Seine-Saint-Denis en travaillant justement avec des assistants sociaux, dissocier la médiation comme étant un tiers, c'est une posture différente.

COMMENT AVEZ-VOUS ÉTÉ AMENÉE À PARTICIPER AU WORKSHOP "MIGRANTS ET VIH"?

Je travaille beaucoup avec Sarah Mas-Miangu qui a été longtemps médiatrice à l'hôpital Avicenne, dans le service du Professeur Bouchaud, via leur action des Mères nourricières, mais qui de fait faisait un travail de médiation au sens où elle travaillait pour la reprise des droits des patients, la reprise de contact avec les familles.

DANS CE CADRE, CELUI DE LA SANTÉ, COMMENT DÉFINIRIEZ-VOUS LES ENJEUX DE LA MÉDIATION?

Mon combat porte sur l'unicité de la médiation sociale qui se déroule dans différents contextes. Le cœur du métier de médiateur social c'est une posture de tiers, qui n'a pas de pouvoir. J'ai toujours défendu cette vision de la médiation. Nous voulons redonner à la

personne les moyens de retrouver son pouvoir de décision sur sa propre vie.

UN POINT DE VUE SUR LA MÉDIATION CONSISTE À DIRE QUE LE MÉDIATEUR DOIT PARTAGER SON EXPÉRIENCE AVEC LA PERSONNE AVEC QUI IL TRAVAILLE, ÊTRE ORIGINAIRE DE LA MÊME RÉGION DE LA PLANÈTE, OU PARTAGER L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE. QU'EN PENSEZ-VOUS?

Je n'y suis pas opposée. Je pense en effet que pour pouvoir garder cette notion de tiers médiateur, notamment auprès de personnes issues d'une migration, avoir connu soi-même un parcours migratoire, pas nécessairement de la même origine, cela permet cette décentration. Une proximité des parcours de vie me semble en effet nécessaire, en tout cas plus évidente pour permettre cette décentration. En Seine-Saint-Denis par exemple, on ne trouve pas forcément toutes les origines présentes sur le territoire, mais tout de même un certain nombre, puisque la Seine-Saint-Denis compte plus de nations que l'ONU! C'est là justement une différence essentielle avec les assistants sociaux : le métier de médiateur est né au cœur même des populations qui avaient besoin de ce type d'intervention. Ce sont des femmes qui dans les quartiers, ont formalisé un type d'accompagnement. Alors que les assistants sociaux venaient plutôt de l'extérieur des populations visées, historiquement c'était des mouvements catholiques qui ont mis en place ces métiers, c'est donc très différent. La médiation sociale et culturelle venait des quartiers, avec des femmes qui accompagnaient leurs voisines dans leurs démarches par exemple, et progressivement elles ont permis d'élaborer un référentiel métier.

PEUT-ON PARLER D'UNE DÉMARCHÉ CITOYENNE?

Oui, absolument. C'est une démarche citoyenne qui se professionnalise. A l'époque où Marie-Georges Buffet était Ministre de la Jeunesse, elle avait organisé une grande table ronde à la Sorbonne sur la question, et je faisais partie des médiatrices sociales et culturelles qui ont été invitées. Je me suis faite assassiner par tous les conseillers d'éducation populaire, alors que, pour moi, c'est effectivement le lieu où renaît l'éducation populaire! A travers les médiateurs et les médiatrices. Les rapports de cette table ronde ont d'ailleurs finalement repris cette idée. C'est une sorte d'éducation populaire renouvelée. Donc c'est bien une démarche citoyenne d'éducation populaire.

POUVEZ-VOUS NOUS DONNER DES EXEMPLES D'EXPÉRIENCES INNOVANTES QUI POURRAIENT AMÉLIORER LE DÉVELOPPEMENT DE CE CORPUS DE MÉTIER DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ?

Je pense qu'il est possible de développer le métier de médiateur social dans le secteur de la santé, à partir du moment où on dit bien que le cœur du métier c'est cette posture de tiers neutre, impartial, indépendant. C'est la raison pour laquelle je travaille avec France Médiation aujourd'hui, qui n'est pas dans une démarche purement sécuritaire comme je le craignais au départ. Nos relations au départ étaient houleuses, mais aujourd'hui nous poursuivons le même but : permettre aux personnes l'accès à leurs droits, dans une posture d'équité, pour un accès équitable aux droits. Pour moi, les mots sont importants : ce qu'il faut mettre en place, ce ne sont pas des "médiateurs

santé", mais des "médiateurs sociaux dans le secteur de la santé". J'étais surprise de constater que les gens ignorent tout du métier de médiateur dans le secteur de la santé. Cela peut nécessiter une formation complémentaire dans le secteur concerné, la santé, l'école, par exemple, mais la base du métier est la même. Depuis 20 ans maintenant, je me bats pour la reconnaissance du métier, qu'il ne faut pas cantonner à un secteur professionnel, il faut penser aux passerelles, avec des formations sur les secteurs concernés, c'est une posture la médiation qui doit exister dans différents secteurs. La question de la culture et de la langue est importante, mais un médiateur doit pouvoir se décentrer de sa culture pour appliquer sa compétence ailleurs, et accompagner par exemple une femme avec qui il partage la langue mais pas l'origine. Les médiateurs ne doivent pas être enfermés dans un secteur, l'hôpital, l'école, les transports en commun, ou autre, c'est une réflexion qu'il faut mener pour ouvrir le métier de la médiation et permettre sa reconnaissance, les deux vont de pair.

« La question de la culture et de la langue est importante, mais un médiateur doit pouvoir se décentrer de sa culture pour appliquer sa compétence ailleurs, et accompagner par exemple une femme avec qui il partage la langue mais pas l'origine. »

**LES ENJEUX D'UNE RECONNAISSANCE DE LA MÉDIATION****POUVEZ-VOUS PRÉSENTER FRANCE MÉDIATION ET VOTRE MISSION AU SEIN DE CETTE STRUCTURE?**

En 2007, un rapport sur l'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale a vu le jour. Cette démarche a été menée par des structures associatives et municipales qui employaient des médiateurs sociaux dans les espaces publics et l'habitat social principalement. Le dispositif Emplois jeunes puis

celui des Adultes-relais (circulaire de l'État en 2000) a permis le développement de ce nouveau mode d'intervention sociale. Ces médiateurs ont du très vite évalué le dispositif d'emplois aidés qui finançait leur poste pour montrer qu'il y avait un intérêt à ce que le droit commun finance ces postes. Très vite, il a fallu établir des bilans de l'impact de ces adultes relais, montrer que c'était un intérêt aussi pour la Ville.

Deux volontés se sont rencontrées et continuent de travailler ensemble à la structuration et la professionnalisation mais il n'y a pas de reconnaissance par le Ministère des Affaires Sociales. Les choses ont été impulsées surtout par le Ministère de la Ville qui a tout intérêt à faire reconnaître ce métier. En mai 2008, une démarche d'évaluation de l'utilité sociale des structures de médiation sociale menée par 5 structures

« La loi ne définit pas ce qu'elle entend par médiation sanitaire. C'est pourquoi nous avons plutôt parlé de la médiation sociale dans le champ sanitaire. Les raccourcis peuvent conduire à des dérives de la posture. »

et par une consultante chercheuse Hélène Duclos, a permis d'établir un réseau national d'acteurs de médiation sociale, avec pour objet de professionnaliser la médiation sociale puisque c'était un métier en cours de définition et d'élaboration de ses référentiels de formations et de compétences. Il fallait déterminer les limites du métier comme nouveau métier de l'intervention sociale et accompagner la structuration du métier. Aujourd'hui, nous comptons 70 adhérents (Outre-Mer compris), associations employeuses ou services municipaux⁴. Ces adhérents interviennent dans différents champs : dans l'habitat social, les conflits de voisinage, les transports, les espaces publics et l'accès aux droits pour les personnes les plus reculées des structures comme Pôle Emploi, les PMI, pour les mettre en confiance, les écouter et les accompagner. Depuis 2012, s'est développé un projet de médiation en milieu scolaire. Récemment, il y a eu des expérimentations dans le domaine hospitalier. Dans le département de la Seine-Saint-Denis, à l'hôpital Avicenne il y a des médiatrices sociales et culturelles depuis longtemps auprès des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne atteintes du VIH. Elles utilisent la médiation et la cuisine comme relais pour accompagner la personne dans la reprise de son traitement et lui montrer que des solutions existent

pour les personnes atteintes du VIH

DANS QUEL CADRE AVEZ-VOUS ÉTÉ AMENÉE À PARTICIPER À LA TABLE RONDE DU WORKSHOP "MIGRANTS ET VIH" ?

Nous faisons partie de la Fédération des associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France tout comme la Fédération est membre de France Médiation. Sarah Mas-Miangu, de l'association des Femmes-relais médiatrices sociales et culturelles de Pantin, membre de la Fédération nous a transmis cette information. Il s'agit de l'association qui intervient à Avicenne, pour cuisiner sur place. Je suis venue par intérêt pour cette question car la loi de santé qui va paraître est importante pour nous. France Médiation et la Fédération ont été consultés par la commission parlementaire à ce sujet. Bénédicte Madelin et Laurent Giraud, qui sont engagés sur ces questions depuis longtemps, avant même l'insertion de cet article de loi sur le champ de la médiation dans le secteur social, ont ainsi témoigné pour défendre la reconnaissance du métier en tant que métier à part entière de ce secteur. Récemment, le rapport Bourguignon sur la refonte du travail social a fondé un espoir pour faire reconnaître un diplôme en médiation sociale de niveau 3, ce qui n'existe pas aujourd'hui. Le CNAM propose

une formation d'encadrant d'équipe de médiation sociale mais sa certification de niveau 3 n'est pas encore validée. Il y a également des Masters mais pas ce diplôme de niveau 3 qui correspondrait à une fonction essentielle dans la réalité de ce métier. L'AFPA travaille aux formations des AMIS⁵ et TMS⁶ qui sont des titres du Ministère du travail (et non des affaires sociales). Ce sont des diplômes qui existent (accessibles en VAE également), mais ils ne sont plus suffisants pour répondre aux exigences sur le terrain, car on demande aux médiateurs d'avoir beaucoup plus d'analyse du terrain et de réfléchir en mode-projet. L'encadrant peut jouer ce rôle d'intermédiaire entre les constats sur le terrain et la formulation de propositions pour répondre aux besoins sociaux et prévenir les ruptures sociales. Le rapport Bourguignon est resté consensuel et il y a des lobbyings pour ne pas reconnaître la médiation sociale, pour ne pas dégager de moyens et créer de l'emploi pérenne dans ce secteur. Les corps de métier des assistantes sociales, des éducateurs de prévention spécialisés, du secteur social de manière générale restent protégés alors que les enjeux d'aujourd'hui exigent que nous réfléchissions à nos complémentarités d'intervention. Le rapport Bourguignon devait créer un diplôme du travail social unique, en deux ans. Nous voulions développer le

corps de métier de la médiation sociale dans un diplôme de niveau 3, comme une spécialisation de troisième année après le diplôme de travail social. Cette refonte des diplômes du travail social (une quinzaine de titres dont les contours et les limites d'intervention restent très flous pour les étudiants) reste suspendue. La nouvelle loi Santé présente l'opportunité de faire apparaître le terme de médiation dans le cadre de la santé. Catherine Chardin de la DGS a beaucoup contribué à l'élaboration de cet article de loi. La question principale est l'accès aux droits dans le champ de la santé, pour nous, c'est d'abord la cohésion sociale qui motive nos actions.

COMMENT DÉFINISSEZ-VOUS LE MÉTIER DE MÉDIATEUR ?

Nous nous appuyons sur la définition de septembre 2000 adoptée à Créteil par 43 experts européens : c'est la création et la réparation du lien social entre des personnes en conflits, soit entre elles, soit avec les institutions, et une tierce personne doit les accompagner pour trouver leur solution : soit régler le conflit par le rétablissement du dialogue, soit favoriser l'accès aux droits en décodant les représentations des uns sur les uns et inversement. La question de l'autonomie des personnes est très importante. Le métier de médiateur est un métier voué à intervenir de manière ponctuelle pour créer du lien, créer une communication, déconstruire des représentations. Dans le contexte actuel des finances publiques, il faut peut-être imaginer des équipes mobiles pour proposer ce service de médiation sociale. Mais la différence de point de vue c'est que, pour nous, le médiateur social dans le champ de la santé doit d'abord être formé à la médiation puis dans un second temps, s'orienter dans

le champ qui l'intéresse, qui peut être la santé, et non pas qu'une personne issue du milieu sanitaire se forme à la médiation "entre autre". Le point du réseau sur cette question est celle de la personne tierce qui est personne tierce 100% de son temps, et non mutualisée sur plusieurs postes où elle n'est pas médiatrice. Nous insistons sur le rôle de la médiation sociale dans le champ sanitaire et nous faisons la distinction entre un médiateur et une fonction de médiation, ce que ne font pas forcément les autres professionnels du secteur sanitaire et social. Cette distinction est essentielle dans l'accès aux droits. Si on veut des résultats, la posture de tiers neutre et indépendant doit être garantie. Or, un professionnel de santé avec une fonction de médiation n'est pas tiers neutre et indépendant. La loi ne définit pas ce qu'elle entend par médiation sanitaire. C'est pourquoi nous avons plutôt parlé de la médiation sociale dans le champ sanitaire. Les raccourcis peuvent conduire à des dérives de la posture.

QUELS SONT LES FREINS SELON VOUS À LA MOBILISATION DE MÉDIATEURS DE SANTÉ ?

Il y en a plusieurs, mais le premier est celui de la discussion sur le métier. Au vu de la soirée, je me suis rendue compte qu'on était toujours sur les questions de la définition, des limites, de la formation, de savoir s'il fallait qu'un médiateur soit porteur du VIH pour être un bon médiateur pair. J'ai trouvé un peu dommage que le métier de médiateur social ne soit pas plus connu, qu'il n'y ait pas de reconnaissance de ce métier pour lequel il existe des référentiels depuis près de quinze ans, par exemple dans les transports publics. La médiation n'est pas encore reconnue comme un métier à part

« Les corps de métier des assistantes sociales, des éducateurs de prévention spécialisés, du secteur social de manière générale restent protégés alors que les enjeux d'aujourd'hui exigent que nous réfléchissions à nos complémentarités d'intervention. »

entière du secteur social et on le voit au travers de ses financements : encore très liée aux contrats aidés, la précarité du poste rend le métier peu attractif, peu visible et peu reconnu. L'évolution professionnelle reste limitée et le niveau de salaire également. Les structures qui offrent de bonnes conditions de salaire et d'évolution, il en existe un peu partout en France, ont réussi le pari d'inscrire la médiation sociale dans un projet de territoire, garantissant ainsi un modèle économique pour le portage des différents postes et ne pas rester dépendant des contrats aidés qu'il faut renouveler au mieux tous les trois ans. Le "turn-over" nuit au métier, à ses objectifs et à la mobilisation des professionnels pour sa reconnaissance. En 2011 et 2013, France Médiation avait organisé avec d'autres partenaires les Assises nationales de la médiation sociale. La Secrétaire d'État à la famille était venue clôturer cet événement en 2013, un premier pas vers la reconnaissance de la place de la médiation sociale dans le secteur sanitaire et social.

Nous savons qu'elle y a sa place, l'expérience à Avicenne le prouve et de prochains travaux à paraître le démontreront encore. Cette soirée nous a permis d'identifier d'autres postes de médiateurs dans ce secteur. Nous pouvons donc désormais élargir le champ de nos partenaires.

⁴ On estime à 12 000 le nombre de médiateurs sociaux en France (chiffres 2006).

⁵ Agent de médiation information services.

⁶ Technicien médiation services.

Soirée migrants et VIH

> Place de la médiation : **vers une reconnaissance ?**

27 octobre 2015 de 18h à 21h
Halle Pajol, 20 esplanade Nathalie Sarraute
(en face du 43 rue Pajol), Paris 18^{ème}

> Entrée libre > Inscription obligatoire
> Avant le 20 octobre
> Nombre de places limitées

Pour tout renseignement et pour s'inscrire :

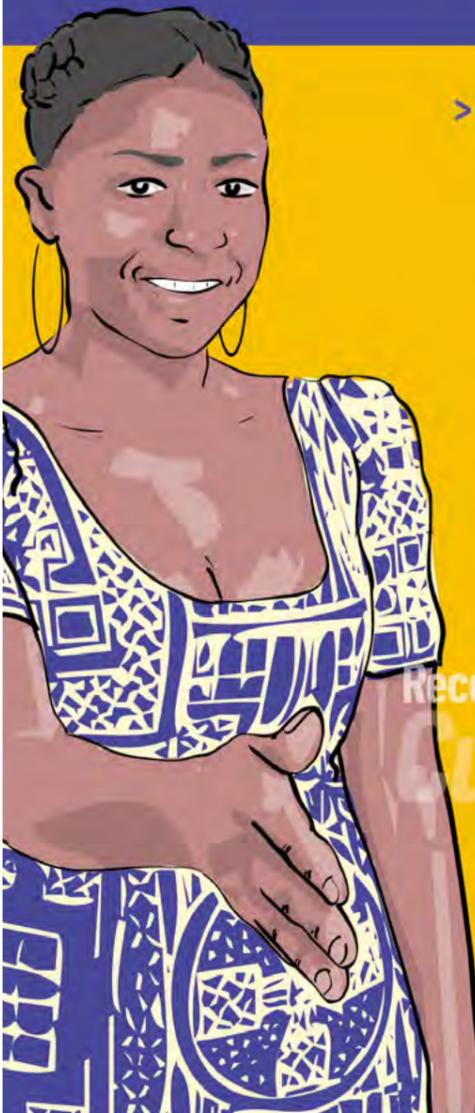
01 42 38 53 28

secretariat.corevihest@sls.aphp.fr

Écoute
Reconnaissance
Prévention
Accès aux droits
Culture
Interprétariat
Formation
Accompagnement

COREVIH
Ile-de-France Est

www.corevihest.fr



PROGRAMME DE LA SOIRÉE Mardi 27 octobre 2015

- 18h00 : **OUVERTURE** de la soirée d'échanges
> par le Pr Willy Rozenbaum,
Président du Corevih IDF Est
- 18h15 : **ETAT DES LIEUX** de la médiation en santé en Île-de-France
auprès des personnes migrantes vivant avec le VIH
> par Leslie Dion,
Chargée de mission en santé publique au Corevih IDF Est
- 18h45 : **LA NOTION** de médiation en santé : éléments d'histoire
et enjeux actuels
> par Sandrine Musso,
Anthropologue, Aix-Marseille Université, Centre Norbert Elias
- 19h15 : **TABLE RONDE** : Vers un socle de compétences communes
aux médiateurs en santé auprès des personnes migrantes
vivant avec le VIH
> en présence de médiateurs-trices de santé
- 20h15 : **CONCLUSION**
> par le Pr Olivier Bouchaud,
*Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Avicenne,
Pilote de la Commission Migrants du Corevih IDF Est*

La soirée d'échanges sera suivie d'un repas africain proposé par
l'association La Marmite (ouvert à tous les participants de la
soirée sans frais)

Inscription obligatoire avant le 20 octobre

TABLE RONDE

INTERVENANTS

DR PASCAL REVAULT

Co-constructeur de la formation IMEA

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Médiatrice en santé

Action Baobab, Fondation Léonie Chaptal

SIÉ DIONOU

Médiateur en santé

Hôpitaux de la Pitié Salpêtrière

St Antoine et Trousseau

Luc NAMSÉ

Médiateur en santé

Association Résilience, hôpitaux Avicenne

de Bobigny et

Lariboisière à Paris

Luc NAMSÉ

Médiateur en santé

Association résilience

Hôpitaux Avicenne de Bobigny et

Lariboisière à Paris

L. Namsé n'a pas de formation en médiation. Il a un bac + 4 en relations internationales. Lorsqu'il est arrivé en France il n'a pas réussi à trouver de travail dans la diplomatie. Il s'est alors tourné vers la médiation en santé qui prend son point de départ dans son vécu militant. Il est porteur du VIH, et c'est à partir de la maladie, de sa propre culture et de son vécu qu'il s'est intéressé à la médiation. Il y a un atout à être un médiateur-patient : on part de son expérience pour expliquer au patient la maladie.

Pour lui, il est impératif d'avoir une compétence linguistique pour exercer le métier de médiateur. Il faut savoir être un bon communicant et pouvoir s'adresser au plus grand nombre. Ainsi, il a lui-même appris la langue des signes.

En France le statut de médiateur n'est pas assez bien défini, comme le montre le code ROME, qui englobe toutes les formes de médiation.

Luc Namsé a donc du définir lui-même son métier.

SIÉ DIONOU

Médiateur en santé

Hôpitaux de la Pitié Salpêtrière

St Antoine et Trousseau

Sié Dionou est originaire du Burkina-Faso. Il travaille au sein du Corevih Île-de-France Centre (Hôpital Pitié Salpêtrière, Saint Antoine, Tenon et Trousseau qui s'occupent de prendre en charge des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne).

Selon lui cette prise en charge est une pratique complexe et difficile pour les soignants. Il y a des difficultés socio psy-

chologiques, même avec l'aide d'une assistante sociale et de psychologues. Par ailleurs ces difficultés et la précarité de cette population ne sont pas liées seulement à l'immigration mais aussi souvent à des problèmes de croyances, à des représentations culturelles, et des problèmes de compréhension du système de soins du pays d'accueil. C'est pourquoi la médiation est la bienvenue pour intervenir et jouer le rôle d'interface entre le soigné et le soignant. Dans ce contexte pour conjuguer les soins et la culture, Sié Dionou s'est engagée dans une formation en pédagogie de la santé, et en épidémiologie avec une spécialisation dans le domaine du VIH et des hépatites virales auprès des populations d'Afrique subsaharienne, Lors d'une consultation individuelle, il s'agit avant tout d'identifier, de clarifier les représentations, les croyances, le vécu et les difficultés du patient par rapport à la maladie, le traitement, la santé, le système de soins... Pourtant, très souvent dit-il on s'aperçoit que c'est le soignant qui a besoin de médiation pour comprendre son patient. Sa démarche est une démarche pédagogique auprès du patient et du soignant. En Afrique il y a un fort tabou autour de la question "sexe et VIH". Il a ainsi mis en place de nombreux ateliers pédagogiques collectifs qui permettent d'identifier les difficultés et les besoins des patients afin d'améliorer leur qualité de vie. Quand quelqu'un repart "au pays", le problème n'est pas seulement le VIH mais d'autres maladies telles que le paludisme... Il s'agit alors de comprendre le patient dans sa globalité. Par exemple, de nombreux patient ont une épouse qui n'est pas au courant de leur maladie. Il faut alors leur apprendre l'importance de communiquer sur ce sujet pour devenir des acteurs de prévention et de santé dans leur pays. Mais la médiation est également une approche de santé globale, il est nécessaire de parler d'autres maladies avant

d'aborder le VIH.

Le médiateur a besoin de compétences traversables, il doit connaître le système de santé et les droits et responsabilités de chacun. Il doit également avoir une vision d'ensemble de la culture et de pratiques des bénéficiaires.

La médiation favorise une compréhension de la maladie, du traitement, du système de soin ce qui optimise l'alliance thérapeutique. C'est pourquoi il ne faut pas confondre la médiation et l'interprétation. Certains patients n'ont d'ailleurs pas besoin de médiateur, mais seulement d'un interprète.

ANTOINETTE MBA MELE FOSSI

Médiatrice en santé

Action Baobab

Fondation Léonie Chaptal

Antoinette Mba Mele Fossi est diplômée en droit (DEUG) et diplômée de la formation IMEA. Elle exerce le métier de médiateur en santé dans la Fondation Léonie Chaptal. Deug en droit

Pour aller vers cette formation, il est selon elle nécessaire d'avoir un déclic et une forte motivation. Elle considère également qu'il est important d'être concerné, de près ou de loin, pour faire cette formation car cela crée de la proximité : le vécu personnel aide à bâtir un projet; cependant, ce n'est pas nécessaire, beaucoup de médiateurs ont des connaissances sans pour autant être "concernés". Ainsi, beaucoup de personnes sont "concernées" mais n'ont pas assez de connaissances sur la maladie et sur l'institutionnel. Il est primordial de connaître le cadre institutionnel et les maladies en dehors du VIH pour accompagner les patients. Le médiateur doit être capable de donner des réponses. La formation apporte ainsi une méthodologie très importante.

DR PASCAL REVAULT

Co-constructeur de

la formation IMEA

Le Dr Revault insiste sur le fait que c'est une avancée que la médiation soit enfin inscrite dans les lois. Cela montre qu'il y a une volonté de rendre concrètes toutes les questions autour de la médiation. Selon lui, on pourra enfin clarifier le rôle du médiateur, qui n'est ni un interprète ni une personne relais. Il pose d'ailleurs la question : à quand un médiateur avec un interprète?

C'est un constat, dès que la question de la langue est reconnue, les barrières pseudo culturelles n'ont plus de sens. L'interprétariat ouvre les barrières.

Si Pascal Revault reconnaît un besoin de proximité, il souligne avant tout celui de la technicité : une certaine maîtrise du système de santé et des droits est nécessaire. Concernant la question du statut de la médiation, il y a nécessité d'une indépendance professionnelle (y compris vis-à-vis des associations), d'une impartialité : il y a tension entre le lieu d'exercice et le lieu de rattachement, à savoir qui rémunère qui? Il faut construire des réponses et un référentiel institutionnel clairs. Pour répondre à ces questions, le Dr Revault propose deux axes : comme premier axe, l'évolution de la relation soignant/soigné et comme deuxième axe la question de la solidarité étroitement liée à celle et du droit commun.

Pour comprendre l'importance du statut de médiateur, il faut avant tout comprendre pourquoi nous avons besoin des services de médiateurs. Le médiateur doit aussi permettre une interpellation de la violence des institutions, c'est-à-dire mettre en lumière les difficultés au sein d'un service de soins. Doit-il dénouer des situations tendues? Pascal Revault nous donne un exemple : dans le cadre de l'arrivée de

« Concernant la question du statut de la médiation, il y a nécessité d'une indépendance professionnelle (y compris vis-à-vis des associations), d'une impartialité : il y a tension entre le lieu d'exercice et le lieu de rattachement, à savoir qui rémunère qui? Il faut construire des réponses et un référentiel institutionnel clairs... »

personnes originaires de Georgie avec des comportements perçus comme violents par les soignants, et qui ont inquiétés ces derniers, ce sont les médiateurs qui ont aidé à comprendre et facilité les soins.

La médiation produit ainsi des effets sur la qualité de vie des patients, également sur la qualité de la relation avec les soignants, l'administration d'une structure de santé. En ce sens, la critique du système de santé participe à son amélioration. Ainsi la médiation ne peut et ne doit pas être utilisée pour palier à des dysfonctionnements qui relèvent de choix stratégiques du système de santé, d'un service, d'un établissement. "En revanche, prévenir des difficultés de communication, revisiter les pratiques des soignants sont typiquement l'une des finalités que nous avons poursuivies lors du programme initial de médiation en santé en 2000».

VERS UN SOCLE DE COMPÉTENCES COMMUNES AUX MÉDIATEURS SANTÉ. QUELLES SONT LES COMPÉTENCES GÉNÉRALES EN MÉDIATION SANTÉ? ET LES SPÉCIFICITÉS DANS LE DOMAINE DU VIH?

QUESTION DE INOUSSA SAWADOGO MÉDIATEUR AUPRÈS DU COMITÉ DES FAMILLES

Il faut confronter les problèmes. Sans connaissance du système de santé, le médiateur est limité, il a obligatoirement besoin de compétences. Les compétences sont faites pour identifier les besoins du patient dans un contexte multi-culturel : il y a une différence de vision des maladies entre les différents pays d'Afrique. Le médiateur va orienter vers les réponses adéquates. Ensuite il y a la possibilité de développer et transférer des compétences pour les patients, ce qui les rendra plus autonomes. Pour moi, le VIH a été précurseur dans la prise en charge du patient et la relation soigné-soignant. Je voudrais questionner l'approche systémique de la médiation : à quand un médiateur pour chaque pathologie?

QUESTION DE OLIVIER BOUCHAUD

En Afrique, le statut de médiateur est plus institutionnalisé. Ils sont même parfois mieux payés que les médecins, ce qui pousse certains médecins vers la médiation, comme au Burundi. Comment voyez-vous cette double expérience en France et en Afrique?

RÉPONSE DE INOUSSA SAWADOGO

En France il y a une prépondérance du rôle des travailleurs sociaux. En Afrique il y a toujours des gens pour accompagner les patients, en général ce sont des proches (famille). Le travail des médiateurs repose beaucoup sur la communication externe et interne avec des

groupes de parole. On ne voit pas ce travail en France.

PASCAL REVAULT

Plus on avance avec un interprétariat de qualité, plus on repousse les dites barrières culturelles. Cela a été dit par Sié Dionou, à propos de la nécessité de comprendre le patient dans sa globalité. L'ensemble des patients, quelle que soit leur origine, peut avoir recours à des soins alternatifs, ressentis comme inefficaces ou dangereux par les médecins, par exemple. Ces personnes peuvent donc aussi bénéficier de groupes de parole facilités par la médiation, leur permettant d'être davantage compris dans leur choix par les soignants, et dans le même temps de mieux appréhender les soins médicaux proposés et leurs enjeux. La question n'est plus alors que le médiateur possède toutes les compétences expertes, mais de faciliter l'exercice de la médiation sans ambiguïté, y compris donc de la place qu'on donne aux médiateurs, leur reconnaissance professionnelle, la possibilité qu'ils ont de mobiliser des compétences autres, ainsi que leur capacité à signaler des dysfonctionnements.

QUESTION DU PUBLIC
Comment investir son métier quand on n'est pas concerné?
Comment met-on en place une stratégie pour être dans une bonne distance et à l'écoute?

RÉPONSE DE PASCAL REVAULT

C'est là tout l'intérêt d'une formation initiale et continue, pensée pour travailler, au-delà de l'apprentissage de

savoirs, le savoir-être et le savoir-faire, sans bien sûr oublier la mise en place d'espaces d'inter vision entre professionnels, voire une supervision.

Sié Dionou : Il faut souligner un des problèmes de la proximité : le patient a besoin de se sentir en confiance, or il arrive qu'un patient africain rejette un médiateur africain car il a peur que tout le monde "au pays" soit au courant.

QUESTION DU PUBLIC

Quel statut les médiateurs veulent-ils se donner?

Il y a un besoin de revenir à la définition du médiateur comme interface entre les institutions et les patients. Il y a également l'importance de cette capacité d'agir auprès d'un public qui n'est pas seulement celui auquel on se rattache, par exemple celui des transsexuels ou celui du VIH.

Quelle posture tenir?

Le travail de médiateur n'est-il pas un travail de passerelle?

Pour aider quelqu'un c'est la notion de compétence qui importe le plus, la légitimité n'est pas nécessairement liée à la proximité. Est-on toujours dans une position de partage de la culture?

OLIVIER BOUCHAUD

Le but de cette soirée est de compléter le travail de Leslie Dion avec des propositions de personnes présentes, au quotidien, sur le terrain. Pour le Corevih Île-de-France-Est, la médiation santé est une façon de favoriser l'accès au dépistage. Le but de la formation est donc de créer quelque chose qui a une réelle utilité et pas une formation pour la formation.

Intervention du public "la loi de santé, qui va être adoptée début 2016, inscrit la médiation dans le code de santé publique. Il y a un chapitre sur les droits des patients où il est dit que la médiation et l'interprétariat visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Si le droit dysfonctionne, ce n'est pas la médiation qui va régler le problème. Par ailleurs, derrière la question du statut, il y a celle des moyens financiers à mettre en œuvre pour arriver à pleinement déployer la médiation.

Il y a également la question de la modélisation à partir de la médiation pour les personnes atteintes du VIH : pourquoi ne pas mettre en place, à terme, une

médiation pour les diabétiques?

Une étude menée par science po a montré que dans les établissements où il y avait un médiateur social, on constate une baisse de la violence et du harcèlement.

Conclusion: La définition du médiateur est difficilement à préciser. Mettre en place une médiation c'est signaler un intérêt pour les personnes plus que pour la maladie. Il y a une nécessité d'améliorer les systèmes financiers. La reconnaissance de la médiation va passer par cette inscription dans la loi de santé. Ce nouveau statut va permettre au médiateur de sortir de cette situation de précarité.

« Le médiateur doit permettre une interpellation de la violence des institutions, c'est-à-dire mettre en lumière les difficultés au sein d'un service de santé. »

PLACE DE LA MÉDIATION VERS UNE RECONNAISSANCE ?

COMPTE-RENDU DE LA SOIRÉE MIGRANTS ET VIH 27 OCTOBRE 2015

La soirée “migrants et VIH, place de la médiation : vers une reconnaissance” qui s’est tenue en octobre 2015 à Paris, à l’initiative du Corevih - Île de France - Est, a été l’occasion de dresser un état des lieux des ressources, des formations existantes, et des besoins du territoire en la matière. Elle a en corollaire permis à toute une série d’acteurs (associatifs, hospitaliers, chercheurs) de réfléchir aux perspectives et aux stratégies à mettre en œuvre pour que la médiation sanitaire, indispensable à l’accès au dépistage et aux soins, trouve la voie de son épanouissement. Son inscription dans la loi du 26 janvier 2016 y participe amplement. Mais les efforts doivent être poursuivis notamment dans la construction et la pérennisation d’une formation diplômante adaptée. L’enjeu est également de sortir la médiation sanitaire de la précarité statutaire dans laquelle elle est installée pour qu’elle devienne une composante à part entière des structures hospitalières ou associatives qui prennent en charge les migrants.

ÉDITORIAL - CORRECTION - RÉDACTION

Nathalie Gourmelon, Christine Moucazambo, Jessica Pariente

CRÉATION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Laurence Chéné

ACHEVÉ D’IMPRIMER EN JUIN 2015 SUR LES PRESSES DE L’AP-HP

COREVIH - 1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX, 75 475 PARIS CEDEX 10 ~ TÉL - 01 42 38 53 28

