



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2002-2003

**LA MEDIATION EN SANTE :
UNE PLACE EMERGENTE DANS LA
POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
EN DIRECTION DES MIGRANTS**

Nathalie DUPARC GAYE

Remerciements

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire en acceptant de m'accorder un peu de leur temps.

Je remercie tout particulièrement Catherine Chardin, ainsi que les femmes d'Ikambere grâce auxquelles j'ai commencé à m'intéresser à ce sujet.

Sommaire

INTRODUCTION	9
1 - MIGRANTS ET VIH-SIDA, UNE NOUVELLE RÉPONSE : LA MÉDIATION EN SANTÉ PUBLIQUE	13
1.1 Un moindre accès des migrants à la prévention et aux soins en matière de VIH-SIDA.....	13
1.1.1 La visibilité soudaine de la situation du SIDA dans la population étrangère vivant en France.....	14
1.1.2 Une prise en charge insuffisante des migrants infectés par le VIH.....	16
1.1.3 Des inégalités d'accès aux soins qui touchent particulièrement les migrants en Ile-de-France	17
1.2 Différentes concepts de médiation selon les domaines d'intervention.....	19
1.2.1 La médiation judiciaire	19
1.2.2 La médiation sociale et interculturelle.....	20
1.2.3 La médiation en santé.....	22
1.3 La médiation en santé, préconisée par les politiques de santé publique	23
1.3.1 Une politique de lutte contre le VIH-SIDA progressivement renforcée en direction des migrants	24
1.3.2 Les migrants, population prioritaire des programmes d'accès à la prévention et aux soins.....	27
1.3.3 Les médiateurs de santé publique inscrits dans le dispositif adultes- relais de la politique de la ville	30
2 - FACE AUX RISQUES DE DÉRIVE CULTURALISTE DE CETTE PRATIQUE INNOVANTE, LA DDASS DEVRAIT S'IMPLIQUER DAVANTAGE	33
2.1 La médiation en santé : définitions et pratiques	34
2.1.1 Des définitions variables liées par une constante culturelle	35
2.1.2 Une pratique de la médiation en santé fortement inscrite dans le cadre hospitalier.....	38

2.2 La médiation en santé, une pratique expérimentale qui cherche encore sa place.....	41
2.2.1 Une typologie des modes d'intervention à partir des premiers éléments d'évaluation du dispositif adultes-relais	42
2.2.2 Une forme d'instrumentalisation des médiateurs par l'hôpital.....	44
2.2.3 Une dérive culturaliste qui crée des filières spécifiques.....	46
2.3 Une nécessaire implication de DDASS de la Seine-Saint-Denis dans la coordination et l'amélioration de la pratique de médiation en santé.....	48
2.3.1 Coordonner, au sein de la DDASS, les différentes politiques préconisant le recours à la médiation en santé	48
2.3.2 Animer la pratique de la médiation en santé publique au plan départemental	49
2.3.3 Améliorer les pratiques de médiations en santé par une évaluation du dispositif	51
CONCLUSION	55
SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	57
LISTE DES ANNEXES	61

Liste des sigles utilisés

- AME** : aide médicale Etat
- ARH** : agence régionale de l'hospitalisation
- CMU** : couverture maladie universelle
- CDAG** : centre de dépistage anonyme et gratuit
- CDES, CODES** : comité départemental d'éducation à la santé
- CHRS** : centre d'hébergement et de réadaptation sociale
- CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie
- CRAMIF** : caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
- CRESIF** : comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France
- CRILD** : commission régionale de l'intégration et de la lutte contre les discriminations
- DAES** : direction de l'accueil, de l'éducation et de la solidarité du FASILD
- DARES** : direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
- DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DDE** : direction départementale de l'équipement
- DGS** : direction générale de la santé
- DHOS** : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
- DIV** : délégation interministérielle à la ville
- DPM** : direction des populations et des migrations
- DRASS** : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DRE** : direction régionale de l'équipement
- DRPJJ** : direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse
- FASILD** : fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations
- FNPEIS** : fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires
- FTM** : foyers de travailleurs migrants
- InVS** : Institut de veille sanitaire
- IST** : infection sexuellement transmissible
- MISP** : médecin inspecteur de santé publique
- OMI** : Office des migrations internationales
- PASS** : permanence d'accès aux soins de santé
- PMI** : protection maternelle et infantile
- PRAPS** : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
- SIDA** : syndrome de l'immunodéficience acquise
- VIH** : virus de l'immunodépression humaine

INTRODUCTION

Les pratiques de médiation en santé se sont multipliées depuis quelques années, préconisées par la « stratégie de prévention de l'infection VIH-SIDA en France pour 2001-2004 », le « plan de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004 », ainsi que les orientations pour la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de seconde génération.

Lors de mes stages à la DDASS de la Seine-Saint-Denis, j'ai pu constater que les associations intervenant dans le domaine, de la prévention du VIH-SIDA en direction des migrants ou du soutien et de l'accompagnement des personnes étrangères séropositives ou malades, avaient une activité de médiation en santé. Cette activité, généralement confiée à des médiateurs appartenant aux différentes communautés étrangères concernées, se déroule, soit au sein même des unités VIH des établissements hospitaliers, soit dans les lieux d'accueil mis en place par ces associations ou encore dans les foyers de travailleurs migrants.

Aussi, je me suis interrogée sur les raisons pour lesquelles la médiation en santé est aujourd'hui considérée comme incontournable dans la politique de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants ?

La première hypothèse part du constat suivant : les politiques successives de prévention du VIH n'auraient pas réussi à modifier le comportement des migrants vivant en France. Les données épidémiologiques montrent en effet une augmentation du nombre de personnes de nationalité étrangère (dont une majorité de subsahariens) touchées par le VIH en France, alors que ce nombre diminue pour les personnes de nationalité française. Aujourd'hui, les migrants, dont on sait qu'ils sont parmi les populations les plus touchées par l'épidémie du SIDA, sont aussi ceux qui ont le plus de difficultés d'accès à la prévention et aux soins. L'utilisation de la médiation en santé, qui implique une participation active de membres de ces communautés à la prévention et à l'amélioration de l'accès aux soins, permettrait de réduire ces inégalités.

Toutefois, la pratique de la médiation en santé, recouvrant une dimension culturelle lorsqu'elle concerne les migrants, ne risque-t-elle pas d'instituer une prise en charge spécifique de cette population, allant jusqu'à gêner son accès au droit commun ? En effet, après quelques années de mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, on assiste à un débat sur la manière d'éviter que les personnes en situation de précarité soient prises en charge dans les seuls dispositifs dits de précarité. Pour les étrangers, le risque ne serait-il pas de doubler cette filière spécifique, déjà parallèle au droit commun, d'une spécificité supplémentaire liée à une différence culturelle ?

Les personnels des dispositifs de droit commun, notamment des établissements hospitaliers, estimant ne pas parvenir à prendre en charge de manière satisfaisante les personnes originaires d'autres cultures, réclament de plus en plus fréquemment des formations qui relèveraient de l'anthropologie de la santé, voire de l'ethnographie. On peut supposer que l'intervention d'un médiateur en santé, permettrait aux professionnels de prendre en compte des données spécifiques sur les patients étrangers, au-delà de leurs différences culturelles, et inversement d'aider les patients à intégrer les contraintes propres au monde hospitalier.

Au regard du faible impact de la politique de lutte contre le VIH-SIDA sur les migrants, les pouvoirs publics se basant sur les pratiques de la médiation dans le domaine social, ont préconisé le développement d'une médiation en santé publique.

A partir de l'analyse des pratiques encore expérimentales de la médiation, notamment dans les hôpitaux de la Seine-Saint-Denis, il est possible de formuler quelques recommandations sur le rôle de coordination, d'animation et d'évaluation que pourrait jouer la DDASS au plan local.

Méthodologie

La phase, d'identification du sujet de mémoire et de recherche documentaire, a été menée lors du stage « populations, politiques et logiques d'intervention » effectué durant trois semaines en juin juillet 2002 à la DDASS de Bobigny. La réalisation d'une monographie sur une femme africaine séropositive, m'avait en effet amenée à me documenter sur les dispositifs de prise en charge existants et m'avait sensibilisée aux difficultés rencontrées par les personnes étrangères vivant avec le VIH en Seine-Saint-Denis.

Cette recherche documentaire a ensuite été enrichie au cours du « stage extérieur » que j'ai effectué au Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD) en janvier 2003. En effet, l'étude qui m'a été confiée sur les actions de santé, financées par le FASILD depuis 2000, a contribué à ma réflexion sur le thème de la médiation en santé. J'ai élaboré une typologie de ces actions, puis évalué leur pertinence au regard des orientations stratégiques de l'établissement et de ses modalités d'articulation aux programmes de santé des services de droit commun partenaires. Ce travail m'a permis de mieux saisir le caractère ambigu d'une politique spécifique d'intégration menée en complément des politiques de droit commun.

De manière générale, J'ai consulté des documents, sous la forme d'ouvrages, de revues, de rapports, d'études, d'actes de colloques, de plaquettes d'information ou de documents vidéo, traitant essentiellement de trois grands domaines :

- les orientations de la politique de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants, ainsi que les actions mises en place depuis plusieurs années par les divers acteurs de ce dispositif, notamment en Ile-de-France et en Seine-Saint-Denis ;
- les difficultés que rencontrent les étrangers dans l'accès au droit, à la prévention et aux soins, thème inscrit dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions et de la politique en faveur de l'intégration ;
- la définition du concept de médiation et les différents dispositifs de médiation sociale mis en place dans le cadre de la politique de la ville.

L'ensemble des données ainsi recueillies a servi à l'élaboration d'une grille d'entretien, constituée de quelques questions portant sur : le concept et la pratique de médiation ; les raisons de son utilisation ; sa place au regard de la prise en charge de droit commun ; les conséquences d'une survalorisation de la variante culturelle dans cette pratique. Les dix-huit entretiens que j'ai réalisés à partir de cette grille - trois médecins (1 praticien hospitalier, 2 médecins d'un programme expérimental de formation de médiateurs de santé publique), 5 responsables d'associations, 4 médiateurs en santé, 6 institutionnels (DGS, DRASS, DDASS, CPAM, FASILD) - m'ont permis de compléter les informations bibliographiques par le point de vue d'acteurs engagés dans une pratique encore largement expérimentale de la médiation en santé publique.

Il m'a enfin semblé intéressant de compléter les informations recueillies lors des entretiens, par la participation à trois réunions dans lesquelles des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ou des DDASS étaient présents :

- A la direction générale de la santé, la restitution de l'évaluation quantitative menée par un cabinet extérieur, sur le programme expérimental de formation des médiateurs de santé publique par l'IMEA¹ en Ile-de-France ;
- A la DDASS de Lyon, une des réunions de soutien méthodologique, pilotées par la DDASS, animées par un médecin de santé communautaire et destinées aux associations de type communautaire intervenant dans le champ de la prévention du VIH-SIDA en direction des migrants ;
- A la DRASS Ile-de-France, les résultats de l'appel à projets commun Etat - Assurance maladie - FASILD, sur les « actions en matière de santé en direction des résidents en foyers de migrants », dans le cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

¹ Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales, Fondation Léon M'Ba, hôpital Bichat

1 -MIGRANTS ET VIH-SIDA, UNE NOUVELLE REPONSE : LA MEDIATION EN SANTE PUBLIQUE

Face au bilan mitigé de l'impact de la politique de lutte contre le VIH-SIDA sur les populations migrantes, notamment sur les personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France, la nouvelle stratégie préconise des actions utilisant la médiation en santé comme outil susceptible de favoriser un accès à la prévention et aux soins en général. Ce concept de médiation existe déjà dans le domaine social depuis une dizaine d'années, avec l'émergence d'emplois de médiation dans les quartiers de la politique de la ville. Il comporte souvent une dimension culturelle qui en brouille la lecture. C'est le cas de la médiation en santé qui intervient à l'occasion de difficultés de contacts entre les dispositifs de santé et les migrants originaires de cultures extra-occidentales.

1.1 Un moindre accès des migrants à la prévention et aux soins en matière de VIH-SIDA

Les données épidémiologiques montrent une augmentation du nombre de personnes de nationalité étrangère touchées par le VIH en France, alors que ce nombre diminue pour les personnes de nationalité française. Malgré la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) et la réforme de l'aide médicale Etat (AME), on constate un moindre accès des migrants à la prévention et aux soins, en raison d'une grande précarité et d'un phénomène de discrimination. Ces constats ont amené les politiques de lutte contre le VIH-SIDA et de lutte contre les exclusions, à identifier les migrants comme une population prioritaire et à davantage intégrer la dimension culturelle dans leur prise en charge sanitaire et sociale ainsi que dans les actions de prévention qui leur sont destinées.

1.1.1 La visibilité soudaine de la situation du SIDA dans la population étrangère vivant en France

▪ Un retard dans la prise en compte du SIDA chez les migrants

En 1998, Didier Fassin remarquait que « Dans toutes les statistiques sanitaires comme dans les recherches épidémiologiques, les critères de nationalité et de naissance, soit n'apparaissent pas du tout, soit ne font l'objet d'aucune analyse. L'occultation de ces variables habituellement justifiée par des raisons à la fois éthiques, politiques et même scientifiques, a cependant pour conséquence de laisser dans l'ombre des indications précieuses pour la mise en œuvre de politiques de santé publique ». ²

En effet, c'est seulement en 1999 qu'est sorti le premier rapport spécifique de l'institut de veille sanitaire (InVS) sur la situation du SIDA dans la population étrangère vivant en France. Le recueil de données sur le SIDA chez les personnes de nationalité étrangère, qui existait depuis le début de la maladie, n'avait pas été utilisé avant la fin des années quatre vingt dix. Les raisons souvent invoquées étaient de deux ordres. Cette procédure ne correspondait pas aux principes du modèle républicain d'intégration, qui refuse d'identifier des communautés au sein de la population vivant sur le territoire français. Etablir un lien entre les étrangers et le SIDA était jugé trop discriminant.

▪ Quelques données épidémiologiques récentes

Selon l'Institut de veille sanitaire, au 31 décembre 2001 sur l'ensemble du territoire français, le nombre de personnes vivantes ayant développé le SIDA était estimé entre 23700 et 26100. Le nombre de cas de SIDA cumulés était de 55228. Sur la période 1999-2000, alors que les personnes de nationalité étrangère représentaient environ 5,5 % de la population française, elles correspondaient à 28% des cas de SIDA diagnostiqués, dont 15% d'un pays d'Afrique subsaharienne. ³

² FASSIN D. « peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? *Plein Droit* n° 38, Avril 1998, pp. 29-35

³ www.vihinternet.org/migrants

Ainsi, le nombre de cas de SIDA déclaré chez les personnes ayant la nationalité d'un pays de l'Afrique subsaharienne a augmenté de 13% entre 1999 et 2000, alors qu'il est resté stable pour les personnes d'autres nationalités et qu'il a diminué de 7% pour les personnes de nationalité française. Par ailleurs, en 2000, 27% des femmes déclarant un SIDA étaient originaires de la région subsaharienne. La forte augmentation du nombre de cas chez ces femmes, 94% entre le 2^e semestre 1999 et le 1^{er} semestre 2000, ne s'est toutefois pas confirmée. Une légère diminution de 12% a même été observée entre le 2^e semestre 2000 et le 1^{er} semestre 2001. Pour les hommes, après une certaine stabilité, une augmentation de 18% des cas est observée entre le 2^e semestre 2000 et le 1^{er} semestre 2001.⁴

L'Institut de veille sanitaire, dans une analyse des cas de SIDA déclaré de 1998 à juin 2001, constate des différences régionales de répartition de la maladie. L'Ile-de-France regroupe 39% des cas diagnostiqués, 43% des cas de contamination hétérosexuelle, 72 % des malades de nationalité étrangère et 76% des malades ayant la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. Le nombre de cas de SIDA déclarés en Ile-de-France, du début de l'épidémie au 31 mars 2002, s'est élevé à 25005. Sur la période 1999-2000, alors que les personnes de nationalité étrangère représentaient environ 11,8 % de la population d'Ile-de-France, elles correspondaient à 40,1 % des cas de SIDA diagnostiqués en 1999 et 46,4 % en 2000. En 1999-2000, parmi les cas enregistrés chez les personnes de nationalité étrangère, 63% venaient de l'Afrique subsaharienne.⁵

Le département de la Seine-Saint-Denis est, après Paris, celui qui a le nombre le plus important de cas de SIDA déclarés depuis du début de l'épidémie eu 31 mars 2002 : 3126. Alors que les personnes de nationalité étrangère représentaient environ 18,7 % de la population de ce département francilien, elles correspondaient à 53,4 % des cas de SIDA diagnostiqués en 1999 et à 61,6 % en 2000.⁶

⁴ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 47 du 20 novembre 2001

⁵ www.vihinternet.org/migrants

⁶ Ibid.

1.1.2 Une prise en charge insuffisante des migrants infectés par le VIH

- **Une politique de prévention hésitant à cibler les migrants**

Selon l'évaluation de la politique de lutte contre le SIDA 1994-2000, par le conseil national de l'évaluation, trois groupes particulièrement exposés au risque de contamination par le VIH, n'auraient pas été suffisamment pris en compte par la politique de prévention mise en place par l'Etat. Il s'agit des migrants, des femmes et des personnes en situation de précarité.

On peut s'interroger sur l'utilisation du terme « populations migrantes » dans la plupart des textes d'orientation des politiques sanitaires et sociales, notamment ceux qui portent sur lutte contre le VIH-SIDA ou la lutte contre les exclusions. Selon une définition américaine, les migrants représentent l'ensemble des personnes vivant dans un pays et ayant une appartenance culturelle et linguistique différente de la culture de ce pays. En France, cette notion ne correspond à aucune donnée statistique, dans la mesure où seule la nationalité de la personne est demandée et non son origine géographique ou culturelle. « On en arrive alors à un paradoxe puisque, si les recherches représentatives donnent des indications par rapport au SIDA sur des critères de nationalité, la plupart des recherches qualitatives menées autour de terrains précis se fondent plutôt sur la migration.»⁷.

En ce qui concerne les migrants, différents facteurs peuvent expliquer l'hésitation des pouvoirs publics à mettre en place des actions spécifiques. D'une part, le modèle français d'intégration limite d'emblée le développement d'actions ciblées selon une appartenance communautaire. D'autre part, l'absence de publications chiffrées sur la question a été justifiée par la peur d'une stigmatisation des populations immigrées. Pourtant dans le même temps, l'origine géographique, notamment africaine ou caraïbénne, était considérée comme un risque par le corps médical. Enfin, est invoqué le manque d'associations de proximité ou de type communautaire suffisamment mobilisées et investies sur le thème du SIDA pour porter ce type d'actions.

⁷ ROLLET C., La politique de lutte contre le SIDA 1994-2000, rapport de l'instance d'évaluation, Conseil National de l'évaluation, Editions du Commissariat général au plan, Paris, novembre 2002 p. 210

▪ **Un accès au dépistage et aux soins plus tardif chez les étrangers**

Le constat sur la prise en charge des populations migrantes, établi à l'occasion de l'élaboration de la « stratégie de prévention de l'infection VIH-SIDA en France pour 2001-2004 », par la direction générale de la santé, en concertation avec les services déconcentrés et les associations, porte sur trois points.

L'accès au dépistage et aux soins est plus tardif chez les étrangers vivant en France. Parmi les personnes diagnostiquées de 1998 à 2000, 60% des hommes et 68% des femmes d'Afrique subsaharienne, ne connaissaient pas leur séropositivité au moment du diagnostic de SIDA, contre 47% pour les personnes de nationalité française.

Cette inégalité peut être expliquée par la combinaison de différents facteurs, tels qu'une prévalence élevée dans le pays d'origine, des difficultés à utiliser les moyens de protection, une accessibilité insuffisante à l'information sur la prévention et une difficulté à avoir un accès simple et rapide aux droits sociaux et aux soins.

En revanche, la diminution du nombre de décès est similaire entre les étrangers vivant en France et les Français, ce qui laisse supposer une prise en charge médicale et une observance des traitements similaires.

1.1.3 Des inégalités d'accès aux soins qui touchent particulièrement les migrants en Ile-de-France

Le rapport 2002 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, précise : « Le manque de données sur la santé des étrangers et des immigrés en France reflète des inégalités préoccupantes en matière d'accès aux soins : inégalités en matière de dépistage (plus tardif) et inégalités d'accès aux traitements (moindre). Cette carence, empêchant d'identifier les déterminants de ces inégalités, a eu pour conséquence de renforcer les stéréotypes et les positions culturalistes de certains soignants et acteurs de la lutte contre le SIDA.

Les obstacles culturels à la prévention et l'observance sont ainsi souvent mis en avant pour expliquer le faible recours des personnes étrangères au système de soins.»⁸ Or, ces difficultés d'accès au dépistage et aux soins pourraient être expliquées par divers facteurs n'incombant pas unilatéralement aux patients de culture différente.

A l'inverse, certains acteurs de santé estiment que les pratiques médicales ne tiennent absolument pas compte des spécificités culturelles en matière de représentations de la maladie et de la santé. Ils pensent que cela peut constituer un obstacle important dans l'accès aux soins.

Les structures de soins, notamment les centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ou les établissements hospitaliers, ont la possibilité de faire appel à des interprètes professionnels. En effet, depuis plusieurs années, la direction générale de la santé et le FASILD, subventionnent des associations comme « Inter Services migrants », que les CDAG et les hôpitaux peuvent contacter pour bénéficier de l'intervention d'un interprète sur place ou par téléphone. Il s'avère que les structures de soins utilisent en général assez peu cet outil, même pour des patients maîtrisant mal ou pas du tout la langue française.

De nombreux migrants, vivant avec le VIH-SIDA, rencontrent des difficultés liées à leur statut d'étranger. Celui-ci conditionne le mode d'accès à une assurance maladie. Les personnes étrangères qui disposent d'un titre de séjour sur le territoire français, bénéficient de droit : soit d'une prise en charge à 100% des dépenses afférentes à l'affection VIH-SIDA, en qualité d'affiliés à la sécurité sociale ou d'ayants droit ; soit de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME), selon la durée de leur présence en France. Les personnes qui se trouvent en situation irrégulière sur le territoire peuvent bénéficier de l'AME dans l'attente d'un titre de séjour pour raison de santé,

⁸ DELFRAISSY J.-F. *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Rapport 2002*, chapitre Migrants/étrangers et VIH, Edition Flammarion, Paris 2002, p. 112

ouvrant droit à la CMU. Généralement, en l'absence de toute couverture médicale et dans l'attente d'une régularisation, les hôpitaux de la Seine-Saint-Denis soignent les patients infectés par VIH et leur délivrent des médicaments.

1.2 Différentes concepts de médiation selon les domaines d'intervention

Le dictionnaire Petit Larousse, définit ainsi les mots médiation : « Entremise destinée à amener un accord. Arbitrage. Procédure de règlement des conflits qui consiste dans l'interposition d'une tierce personne (le médiateur) chargée de proposer une solution de conciliation aux parties en litige » et médiateur « de *mediare* : être au milieu. Qui sert d'intermédiaire, d'arbitre, de conciliateur ».

Avant la fin des années quatre-vingt dix, le terme de médiation a été plutôt utilisé dans le domaine judiciaire ou dans le domaine social et interculturel. L'application de ce concept à des actions dans le domaine de la santé n'est apparue que très récemment et souvent dans un contexte interculturel. « Au-delà de la pluralité des pratiques de médiation, elles se rejoignent autour d'un projet commun : reconnaître l'autre dans son altérité et lui reconnaître la capacité de construire sa vérité. »⁹

1.2.1 La médiation judiciaire

Une première définition de la médiation, que l'on peut qualifier de médiation judiciaire, serait celle strictement limitée au règlement des conflits. « La médiation est alors la recherche d'un juste milieu entre deux personnes en conflit et l'idée que celles-ci pourront elles-mêmes négocier cette recherche, moyennant une aide, celle d'un tiers, le médiateur. La médiation est un moyen de réguler, de solutionner ou d'apaiser les conflits. Le médiateur catalyse un processus de communication entre des opposants et les aide à trouver une issue à leurs

⁹ C. Younes, E. Le Roy, Médiation et diversité culturelle, Editions Karthala, Paris, 2002, pp.

conflits »¹⁰. Il peut s'agir de modes de règlements juridictionnels ou non juridictionnels. Devant l'impossibilité de favoriser une vision sur une autre, la médiation vise à permettre à chacune des parties de se voir reconnaître.

Parmi les dispositifs de médiation de ce type, le plus connu est celui du médiateur de la République. Cette procédure extra judiciaire, a été mise en place dès le début des années soixante-dix, en vue de régler les conflits entre administrations et administrés. Depuis avril 2000, des délégués du médiateur de la République ont été nommés dans les quartiers de la politique de la ville dans un souci de proximité avec les habitants.

1.2.2 La médiation sociale et interculturelle

La seconde définition du terme de médiation, correspond à la médiation sociale. Lors du séminaire organisé par la délégation interministérielle à la ville, à Créteil en septembre 2000, cette notion a été définie par des experts européens comme « un processus de création, de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose ».

C'est principalement dans le cadre de la politique de la ville que se sont développées ces nouvelles fonctions de médiation, notamment pour répondre aux difficultés sociales identifiées dans un certain nombre de quartiers urbains. Dans le contexte d'un effritement social, il s'agissait de rendre plus accessible le fonctionnement d'une institution, de faciliter le lien entre des personnes d'appartenances culturelles différentes, de préserver le lien social dans un quartier ou encore de prévenir les conflits dans l'espace public.

Depuis la seconde moitié des années quatre vingt dix, les acteurs de la politique de la ville réfléchissent à la question importante des missions et du cadre déontologique de ces emplois. Un guide de la médiation sociale et interculturelle

¹⁰ D. Peyrat, Médiation et justice, Ministère de la Justice, septembre 2000

a été élaboré par la fédération Femmes inter associations en 1997. Plus récemment, un groupe de travail interministériel a rédigé une charte, destinée aux médiateurs, à leurs employeurs et aux pouvoirs publics. Elle permet de mieux cerner les pratiques de la médiation sociale et son articulation avec d'autres métiers à travers trois grands axes : une définition du principe, un cadre déontologique (règles juridiques et éthiques), les conditions d'un bon exercice.

Parallèlement, en mars 2002, la mission régionale d'appui « droit et ville » d'Ile-de-France a mis en place un « référentiel médiations » afin de clarifier les différents domaines de cette activité à partir des pratiques existantes. Ce document précise les éléments structurels et les principes déontologiques de la médiation sociale : l'impartialité et l'indépendance du tiers médiateur ; son obligation de se soumettre à la règle de la confidentialité ; la nécessité de mettre en place, lors de toute médiation, un processus respectant la liberté des partenaires et la complexité des situations.

La médiation sociale recouvre différents types de fonctions portant sur l'instauration des conditions d'une communication et sur la prévention de la dégradation du lien social. Lors du séminaire de Créteil, une des fonctions identifiée a été celle qui consiste à « favoriser les liens, la communication et la compréhension entre les personnes et les groupes sociaux et faciliter l'intégration sociale et la reconnaissance culturelle.»¹¹. Le médiateur fait alors office de « passeur », de « traducteur », de « facilitateur » ou d'« animateur ».

La seconde fonction repérée est celle de médiation entre des personnes et des institutions, en dehors de tout cadre conflictuel. Parfois le médiateur travaille pour une institution ou un organisme, dans le but d'aider les personnes à surmonter d'éventuelles difficultés administratives. Dans ce cas, il n'a pas les qualités d'impartialité et d'indépendance nécessaires pour intervenir lors d'un conflit. La médiation peut également être menée par des associations, notamment dans le domaine de l'accès aux droits ou pour faire le lien entre des usagers et des institutions (école, PMI, hôpital, assurance maladie, préfecture).

¹¹ Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne. Actes du séminaire d'experts européens, Créteil, septembre 2000, Délégation interministérielle à la ville

Ce type de médiation devrait en principe contribuer à la réflexion interne aux institutions, afin qu'elles s'adaptent davantage aux besoins de leurs usagers.

1.2.3 La médiation en santé

La médiation en santé n'existe pas officiellement, dans la mesure où aucun texte réglementaire n'en fixe les contours. L'activité de médiation dans le domaine de la santé, est pourtant préconisée par le plan de lutte contre le VIH-SIDA et les orientations du programme régional d'accès à la prévention et aux soins de seconde génération.

Si la notion de médiation appliquée au domaine de la santé, n'est pas clairement définie par ces textes, selon les définitions que m'ont données les acteurs du dispositif (médiateurs, associations, formateurs, soignants), elle se rapproche du concept de médiation sociale et intègre une dimension interculturelle. Selon l'IMEA « S'inspirant de la médiation sociale et culturelle, la médiation en santé se propose de développer l'écoute mutuelle des parties en présence et une transformation des représentations »¹²

Tout travail de médiation dans le domaine de la santé publique comme dans le domaine social, repose sur la question de la gestion de l'espace public par rapport à l'espace privé. Pour intervenir dans l'espace public, en l'occurrence pour mener de actions de prévention ou pour faciliter l'accès au dépistage et aux soins, il faut connaître la façon dont les gens vivent dans la sphère privée.

En matière d'accès à la prévention et aux soins, un rapprochement est fait entre les interventions des médiateurs et celles des personnes relais. Cette confusion est de surcroît entretenue par le mode de financement proposé pour la mise en place de ces médiateurs, sur le dispositif adultes-relais. Selon les orientations des PRAPS de 2^e génération, « Plusieurs dénominations peuvent être utilisées pour qualifier l'activité de ces personnes : il s'agit soit de personnes relais, soit

¹² CHERABI K., Programme de formation de médiateurs en santé publique, Institut de médecine et d'épidémiologies africaines, mai 2002

de médiateurs sanitaires et sociaux, de facilitateur, d'accompagnants, ou de référents. L'objet vise à un meilleur accès de tous aux dispositifs de droit commun en matière sanitaire et sociale».

Pourtant les deux notions de relais et de médiation ne renvoient pas aux mêmes pratiques. Si l'on se réfère à sa définition dans le domaine social et interculturel, la fonction de médiation doit respecter les principes d'indépendance et de neutralité. Mais, pour un médiateur en santé il s'agit également d'être en capacité de renvoyer les professionnels à leur façon de travailler et de modifier les représentations des uns sur les autres.

La différence essentielle entre la médiation sociale et la médiation en santé réside dans le fait que cette dernière vise moins à régler un conflit entre un patient et un soignant, qu'à établir ou rétablir la communication entre le patient et l'institution sanitaire.

1.3 La médiation en santé, préconisée par les politiques de santé publique

Différentes orientations nationales incitent au développement de la médiation en santé et au soutien d'associations communautaires. C'est le cas de la « stratégie de prévention de l'infection VIH-SIDA en France pour 2001-2004 », du « plan de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004 », ainsi que des orientations pour la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) de seconde génération. Le rapport 2002 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, recommande également de « Promouvoir les équipes de médiation en santé publique pour la prévention sur le terrain et la prise en charge des personnes atteintes »¹³. Des médiateurs de santé publique, sont formés depuis 2000 dans le cadre d'un programme expérimental soutenu par la

¹³ DELFRAISSY J.-F., La prise en charge des personnes infectées par le VIH, Rapport 2002, Edition Flammarion, Paris 2002, p. 322

direction générale de la santé. Ils sont inscrits dans le dispositif des adultes-relais mis en place par la politique de la ville.

1.3.1 Une politique de lutte contre le VIH-SIDA progressivement renforcée en direction des migrants

La stratégie de prévention spécifique en direction des populations migrantes est relativement récente. Les premières brochures de prévention bilingues ont été publiées en 1998 et c'est seulement en 2000 que la communication grand public a défini un axe de travail « migrants ». De même, il faut attendre le plan de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004, pour que des actions spécifiques en direction des migrants, soient préconisées. La mise en place d'un programme expérimental de formation de médiateurs de santé participe de ce changement de stratégie.

▪ La communication sur le VIH s'adapte aux spécificités culturelles

Les populations migrantes constituent un public prioritaire de la politique de prévention du VIH-SIDA 2001-2004. La mise en œuvre des campagnes de communication en direction du grand public ou des populations spécifiques, a été confiée à l'INPES. Selon cet institut, si les thèmes à aborder sont les mêmes pour tous, en revanche les messages doivent être adaptés à la spécificité culturelle et sociale des différentes communautés.

Les personnes étrangères, du fait de la migration, sont dans une situation de fragilité qui ne prédispose pas à l'écoute de messages de prévention. Ainsi, les actions de prévention doivent être menées dans la proximité et de préférence par des « pairs » qui semblent être mieux placés pour comprendre les difficultés. De plus, la proximité culturelle peut dans certains cas être indispensable pour aborder les thèmes délicats de la sexualité, de la maladie et de la mort. Toutefois, cette affirmation est à nuancer, une même origine culturelle peut gêner la communication pour certaines personnes.

Enfin, la question de la langue est primordiale dans le domaine de la prévention. L'INPES édite depuis plusieurs années des brochures bilingues « le SIDA et

nous » qui existent aujourd'hui dans une vingtaine de langues. Des outils de communication et de prévention audiovisuels ont également été développés, dont les plus connus sont « Moussa le Taximan », série radiophonique puis cassette vidéo, destinées aux communautés de l'Afrique subsaharienne.

Quelques associations, travaillant en direction des migrants, ont élaboré des outils de prévention de ce type, avec la participation des personnes concernées et dans leurs langues maternelles. Cette pratique se développe particulièrement dans des associations travaillant avec des migrants originaires de la région du fleuve Sénégal, qui gardent un lien fort avec leurs pays. Ils constituent l'essentiel des résidents dans les foyers de travailleurs migrants de certaines villes de la Seine-Saint-Denis et de la région parisienne. On peut citer l'exemple du GRDR¹⁴, qui depuis quelques années, soutient la réalisation de « lettres vidéo ». Des personnes originaires de la région du fleuve Sénégal vivant en France et des personnes vivant dans cette région d'origine, ont été formés à la vidéo et informés sur les thèmes santé dont le VIH. Ces outils vidéo servent de support aux actions de prévention collectives menées dans les foyers et sont destinés favoriser les débats entre ici et là-bas.

▪ **L'apparition de stratégies de prévention différenciées**

Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004 a fixé, parmi dix objectifs prioritaires en terme de santé publique « l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères vivant en France, afin de réduire les écarts existant avec la population française ».

La décision de concentrer les actions en direction de priorités retenues en fonction du risque épidémiologique, marque une rupture par rapport à la politique antérieure de lutte contre le VIH-SIDA. Cette nouvelle stratégie reconnaît de façon explicite des situations à risque et des groupes à risque, auxquels elle s'adresse en fonction de leur mode de vie et de leurs codes culturels.

¹⁴ Groupe de recherche et de réalisations pour le développement rural dans le tiers monde

Certaines des actions du plan national, visent plus particulièrement à améliorer l'accès à l'information, à la prévention primaire ou secondaire, au dépistage et aux soins précoces. Elles mettent l'accent sur une notion élargie de la médiation qui englobe le « recours à l'interprétariat gratuit en milieu hospitalier » et le « soutien aux acteurs communautaires » et la « formation de médiateurs de santé ». Ainsi, les régions où vit une population migrante nombreuse, l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et la Guyane, ont été incitées à se doter d'un programme spécifique, destiné aux migrants dont la situation de précarité est souvent renforcée par la découverte du VIH.

- **Un programme expérimental de formation de médiateurs en santé**

Le « programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité » mis en place par l'institut de médecine et d'épidémiologies africaines (IMEA) en 2000, s'articule autour de la formation et du suivi de médiateurs de santé publique, qui agissent au sein de structures médico-sociales, au profit de publics en situation de vulnérabilité. Ce programme expérimental devrait toucher les trois régions prioritaires en matière d'actions en direction des migrants : Ile-de-France, Provence Alpes Côte d'Azur et Guyane.

A l'origine de ce projet, on trouve des personnes issues du secteur associatif, impliquées dans la lutte contre le VIH-SIDA (ARCAT SIDA, CRIPS) ou dans la formation. Ces professionnels, se basant sur leur pratique, sont partis d'un constat sur les difficultés rencontrées par les populations en situation de vulnérabilité dans l'accès à la prévention et aux soins. La direction générale de la santé, qui réfléchissait depuis longtemps à la manière de valoriser l'expérience d'agents de proximité, travaillant dans le domaine de la réduction des risques liés à la l'usage de drogues ou à la pratique de la prostitution, a décidé de subventionner ce projet.

Les médiateurs de santé publique sont recrutés au sein des « communautés vulnérables » ou en grande proximité avec elles. Ils sont sélectionnés au regard de leur expérience de vie et sur la base d'un projet en matière de santé. Ils bénéficient d'une formation initiale de trois mois, ainsi que d'un suivi de la mise

en œuvre de leurs projets pendant deux ans au-delà de la formation. A ce jour quatre promotions de médiateurs ont été formées en Ile-de-France, représentant environ quatre vingt personnes. Parmi ces projets, axés sur la prévention et l'accès aux soins en général, certains portent plus précisément sur des actions en direction des personnes vivant avec le VIH.

La formation doit permettre aux médiateurs d'acquérir des connaissances sur l'organisation des dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun et sur les pathologies qu'ils pourront rencontrer, afin de comprendre l'impact de celles-ci sur les comportements des personnes concernées. Elle doit également leur donner les moyens de promouvoir des actions de prévention, de pratiquer l'accompagnement et la médiation individuelle ou collective.

Cette partie du programme est actuellement en cours d'évaluation par un cabinet extérieur pour le compte de la direction générale de la santé. L'objectif est de faire un bilan de la mise en œuvre du dispositif, en étudiant plus particulièrement le recrutement des médiateurs, la formation qui leur a été dispensée et le suivi des projets. Cette évaluation doit permettre de déterminer « (...) si de tels emplois sont indispensables à long terme pour réduire les carences dans l'accès aux soins de populations très vulnérables, ou si des modifications dans les dispositifs de droit commun existants (modifications qui pourront être proposées par les médiateurs intervenant à titre expérimental) peuvent suffire à réduire ces carences. »¹⁵.

1.3.2 Les migrants, population prioritaire des programmes d'accès à la prévention et aux soins

- **Une logique de médiation en santé inscrite dans le PRAPS de première génération en Ile-de-France**

¹⁵ Cahier des charges de l'appel à projet pour l'évaluation du programme de formation et de suivi de médiateurs en santé publique, DGS juin 2002

« Le développement de la logique de médiation santé » constitue l'un des axes retenus par le PRAPS de première génération en Ile-de-France, pour remédier aux problèmes d'accès à la prévention et aux soins, repérés lors du diagnostic initial. L'objectif de cette action était de développer un accompagnement humain vers les soins, de personnes en situation de précarité. Les médiateurs de santé pouvaient être des hommes ou femmes relais, des assistantes sociales, des infirmières ou du personnel socio-éducatif. Il était prévu d'élaborer un cahier des charges de la médiation en santé par type de public.

Les DDASS d'Ile-de-France et la DRASS ont ainsi pu subventionner des médiateurs socio-sanitaires au sein même des foyers de travailleurs migrants. Les migrants vivant dans ces structures collectives sont en effet considérés comme l'un des publics prioritaires du PRAPS Ile-de-France, en raison de leur faible accès aux soins. Ces médiateurs, parfois intégrés aux équipes de gestion des structures, sont chargés à la fois, d'accompagner les résidents dans leurs démarches d'accès aux droits et à la santé, et de solliciter les dispositifs sanitaires de proximité afin qu'ils acceptent de prendre en charge les résidents.

En 2003, les « actions en matière de santé en direction des résidents en foyers de migrants » ont fait l'objet d'un appel à projets réunissant la DRASSIF, la CRAMIF et le FASILD. Un comité de pilotage régional, composé de représentants des gestionnaires de foyers, des administrations déconcentrées (politique de la ville, direction régionale de l'équipement, DDASS, DRASS) et nationales (DPM, DGS) concernées, de l'assurance maladie et du FASILD, a été mis en place. Il a été chargé de la validation de l'appel à projets et de l'évaluation des actions financées. A l'occasion de ce travail partenarial, le débat a notamment porté sur la place des médiateurs dans les foyers : doivent-ils être extérieurs à la structure ou bien au contraire être recrutés par l'entité gestionnaire ?

- **Un dispositif ambitieux autour du relais et de la médiation, préconisé par les PRAPS de seconde génération**

Bien qu'il ne précise pas la différence entre le relais et la médiation, Le PRAPS de seconde génération, aborde de manière très détaillée la question de l'activité et des missions des personnes relais / médiateurs de santé. Il préconise le soutien

de ce type d'intervention qui existe déjà : « Plusieurs structures s'appuient sur le concept de personnes relais / médiateurs de santé pour développer des actions de proximité en direction des publics en difficulté. Ces personnes, souvent recrutées parmi les publics les plus exclus des soins, ou en grande proximité avec eux, établissent un lien entre des services sanitaires et sociaux sous-utilisés et certains groupes de populations repérés comme sous utilisateurs des services (ou utilisateurs très tardifs, dans un contexte d'urgence) »¹⁶.

Les missions de ces agents, « facilitateurs de l'accès à la prévention et aux soins », ont été définies à partir de la synthèse des actions mises en place dans le cadre du PRAPS de première génération. L'étendue des missions répertoriées et la responsabilité qui incombe à ces personnes, dans l'interface entre les usagers et le système de soins, semblent extrêmement ambitieuses.

Un premier bloc d'activités recouvre : la diffusion de « messages de prévention adaptés aux attentes et aux besoins des personnes qui ont un accès très limité aux informations dans ce domaine », les actions collectives de prévention de proximité, ou encore le travail mené « en partenariat et en complémentarité avec le réseau de professionnels sanitaires et sociaux », permettant de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun et aux lieux ressources dans le domaine sanitaire et social. Dans le domaine de la lutte contre le VIH-SIDA, ce type d'intervention constitue déjà l'essentiel de l'activité des « personnes relais » ou des « médiateurs » travaillant pour des associations ou des structures tels que les foyers de travailleurs migrants.

En revanche, les missions qui consisteraient à « identifier les difficultés et les obstacles qui freinent un accès aux soins précoces et à la prévention pour certains publics », puis, à partir de leur analyse, à « élaborer des recommandations et des propositions – tant en direction des professionnels sanitaires et sociaux que des publics concernés – pour améliorer cet accès aux soins et à la prévention », en vue de « transformer les représentations socioculturelles que peuvent avoir des professionnels sanitaires et sociaux à l'égard de publics en situation d'exclusion », semblent ambitieuses. En effet, la

¹⁶ Orientations relatives à la mise en œuvre des PRAPS de seconde génération 2003-2006

mise en œuvre de ces missions nécessiterait que les personnes relais ou médiatrices, qui sont dans une très grande proximité avec les personnes en situation de précarité, soient davantage formées et soutenues, pour disposer d'un véritable poids face aux institutions.

- **Un recentrage sur les « migrants peu insérés dans la cité »**

L'une des fiches méthodologiques du PRAPS de seconde génération, précise l'articulation souhaitable de ce programme avec la politique de lutte contre le VIH-SIDA. Il s'agit de faire un effort particulier envers les populations qui peuvent être victimes de discriminations, notamment les « migrants peu insérés dans la cité (femmes maîtrisant mal la langue et ne disposant que de peu d'autonomie, hommes vivant en foyers, ou personnes en situation irrégulière) ».

Les moyens préconisés pour faciliter l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins de ces personnes étrangères, sont de divers ordres. Ces orientations incitent au renforcement de l'information sur l'accès aux soins et à la prévention (en français et en langues étrangères, par voie écrite et par voie orale), et à une simplification de l'ouverture des droits sociaux et administratifs (titres de séjour, couverture maladie, prise charge sanitaire et sociale).

Ces mesures doivent s'appuyer sur « des formations des personnels sociaux et sanitaires et sur des services d'interprétariat gratuit pour les personnes ». Il est également recommandé de veiller « à faciliter notamment les actions communautaires ou de médiation pour ces publics, et à faciliter leur accès aux dispositifs de droit commun. »

1.3.3 Les médiateurs de santé publique inscrits dans le dispositif adultes-relais de la politique de la ville

Les médiateurs de santé publique sont essentiellement financés sur le dispositif des adultes-relais. Ce programme de création de 10000 postes d'adultes-relais sur trois ans, décidé par le comité interministériel des villes du 14 décembre 1999, faisait le constat de l'émergence « de nombreuses activités visant à

favoriser le lien social par des actions de médiation ou d'intégration sociale». La Circulaire DIV/DPT-IEDE/2000/231 du 26 avril 2000, relative à la mise en œuvre du dispositif des adultes-relais dans le cadre de la politique de la ville, a précisé un certain nombre de points.

L'embauche d'un adulte-relais s'inscrit dans un projet de médiation qui participe à l'amélioration de la vie du quartier et de ses habitants, dans une zone urbaine sensible ou un autre territoire prioritaire des contrats de ville. Une convention par poste est signée entre l'employeur et l'Etat, en préalable à toute embauche dans le cadre de ce dispositif. Elle fixe les objectifs du projet ainsi que les modalités concernant le poste et son financement.

Tel qu'il était défini en 2000, ce programme visait principalement les associations ayant une activité dans les quartiers et les équipements de proximité. Le Comité interministériel des villes du 1^{er} octobre 2001 a permis son élargissement aux collectivités territoriales, aux établissements publics de santé et aux établissements publics locaux d'enseignement, qui peuvent donc recruter eux-mêmes des adultes-relais. Toutefois, ces fonctions d'adultes-relais ne doivent pas venir se substituer aux missions des travailleurs sociaux, ni à l'évolution des services publics vers davantage de proximité. Il s'agit au contraire de les compléter, d'en faciliter l'exercice et de les rendre plus efficaces.

Afin d'éviter l'isolement des adultes-relais, l'encadrement, la formation et le suivi sont aussi recommandés par la circulaire. En effet, les fonctions de médiation ou d'intégration sociale peuvent mettre ces salariés dans des situations délicates et nécessitent un recul et une expertise pointue.

2 -FACE AUX RISQUES DE DERIVE CULTURALISTE DE CETTE PRATIQUE INNOVANTE, LA DDASS DEVRAIT S'IMPLIQUER DAVANTAGE

Cette seconde partie, à la fois descriptive, analytique et prospective, est directement issue de mes observations sur le dispositif de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants dans le département de la Seine-Saint-Denis et des entretiens que j'ai pu avoir avec différents intervenants de ce dispositif sur leur conception et leur pratique de la médiation en santé.

Au travers de ces entretiens j'ai également été amenée à vérifier mes hypothèses initiales : la médiation est considérée comme un nouveau moyen d'intervention en direction des migrants ; dans le cadre hospitalier, l'intervention d'un médiateur en santé, permettrait aux soignants de prendre en compte des données spécifiques sur les patients étrangers, et inversement d'aider les patients à intégrer les contraintes propres au monde médical ; mais par le biais d'une forme de culturalisme, la médiation en santé risquerait d'institutionnaliser une filière de prise en charge spécifique de cette population migrante.

Enfin, cette analyse m'a amenée à envisager le rôle que pourrait jouer un inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans la mise en place, l'animation et le suivi d'un dispositif de médiation en santé, aujourd'hui expérimental, mais dont le principe est désormais intégré à la politique de la ville, à la lutte contre le VIH-SIDA et contre les exclusions. Il semble également important que la DDASS, du fait de ses missions d'évaluation des politiques publiques, participe à l'élaboration d'un cadre déontologique de la médiation en santé et à la formalisation d'indicateurs concernant notamment l'impact de cette activité sur la modification des pratiques tant des usagers que des services hospitaliers.

2.1 La médiation en santé : définitions et pratiques

Dans le département de la Seine-Saint-Denis, des expériences de médiation en santé existent déjà depuis plusieurs années. En raison de la présence de nombreux migrants au sein de la population de ce département, l'ensemble des acteurs de santé a très tôt réfléchi à la question de la prise en charge des migrants. Différents courants ont émergé, dont les deux principaux, considérés comme radicalement opposés, déterminent le positionnement des intervenants rencontrés sur le terrain.

Aujourd'hui très controversée, la pratique de l'éthnopsychiatrie s'est développée à partir d'expériences cliniques menées, au début des années quatre vingt, lors de consultations à l'hôpital Avicenne de Bobigny, puis en 1993 au centre George Devereux de l'université de Paris VIII. Ces consultations d'éthnopsychiatrie ne touchent directement que très peu de personnes, mais le concept a influencé le regard porté par les professionnels du domaine sanitaire et social sur les patients originaires d'autres cultures, notamment africaines.

Un autre courant, porté par des anthropologues de la santé, relativise la part du déterminant culturel, souvent invoqué pour expliquer les difficultés que rencontrent les migrants dans l'accès aux soins, ou justifiant l'adaptation de leur prise en charge. L'interprétation par la culture permettant « d'escamoter les conditions socio-économiques et socio-politiques qui sont celles des étrangers et des immigrés dans les sociétés contemporaines ».¹⁷

Parmi les entretiens que j'ai réalisés, douze l'ont été auprès d'acteurs de santé engagés dans des actions de médiation en Seine-Saint-Denis ou à Paris. Il s'agit de deux médecins coordonnateurs de l'IMEA¹⁸, de quatre médiateurs en santé, tous d'origine africaine (dont deux formés par l'IMEA), d'un praticien hospitalier responsable d'une unité VIH, du psychologue d'une unité VIH et de cinq

¹⁷ Sous la direction de FASSIN D. et DOZON J.-P., Critique de la santé publique, une approche anthropologique, Editions Balland, Paris, 2001

¹⁸ Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales, responsable de programme de formation et de suivi des médiateurs en santé publique

responsables d'associations travaillant en direction des migrants et intervenant dans le champ de la prévention du VIH-SIDA, de l'accompagnement ou du soutien de personnes vivant avec le VIH.

2.1.1 Des définitions variables liées par une constante culturelle

A la question de la définition de la médiation en générale, puis de la médiation en santé, mes interlocuteurs ont répondu de manière différente selon leur place dans le dispositif. Une première série de définitions, assez formelles, est souvent le fait des médiateurs. Elle doit être comparée avec leurs réponses très riches sur les pratiques de la médiation. Le second type de définitions, plus conceptuelles, vient des acteurs qui ne pratiquent pas directement cette activité et l'analysent avec un certain recul. Par contre, tous semblent s'accorder sur le rôle de la culture dans le processus de médiation. Paradoxalement, on part du principe qu'elle est un obstacle entre les soignants et les patients, mais c'est l'appartenance culturelle qui donne sa légitimité au médiateur.

▪ **La médiation au service des deux parties**

« La médiation est un pont. Il y a trois parties : le malade, le médiateur et le soignant. Le médiateur fait l'interface d'une personne à l'autre ».

« La médiation c'est faire l'interprète entre un médecin et une patiente, entre un partenaire et une patiente. C'est arranger un conflit entre eux. »

« Le travail de médiation c'est résoudre les problèmes d'incompréhension ».

On retrouve là les définitions de la médiation sociale. Le médiateur est dans une position d'interface ou d'interprète, au service des deux parties de manière équilibrée. Elle est nécessaire en cas de conflit ou d'incompréhension entre des personnes.

▪ **La médiation, recherche de consensus**

« C'est une action visant à faire converger certains comportements, des opinions, une vision sur une situation bien déterminée. Il s'agit d'arriver à un consensus. »

« La médiation est une surface de dialogue, la rencontre entre deux personnes, deux points de vue, deux situations qui ne peuvent pas être sur la même longueur d'onde. C'est le passage d'un message entre les deux. »

« La médiation est une négociation, elle doit trouver une solution autre, quelque chose de nouveau doit se créer à cette occasion ».

Ces définitions, supposent un médiateur extérieur actif qui intervient dans des situations où les positions sont d'emblée incompatibles. C'est donc par la mise en place d'un espace de négociation, qu'une solution acceptable par les deux parties peut être trouvée.

▪ **La médiation - le relais – l'auto support**

« Le rôle du médiateur est différent de celui du relais. Le relais est un porte-parole unilatéral ». A l'inverse, « La médiation, c'est faire le lien entre les institutions et les familles. Faire comprendre aux familles ce que sont, et comment fonctionnent les institutions et à l'inverse, expliquer aux institutions quelles sont les difficultés des familles. L'objectif c'est la transformation des pratiques des uns et des autres. »

Plusieurs interlocuteurs, définissent la médiation par opposition à l'activité de relais. Selon les principes déontologiques de la médiation sociale, le médiateur doit être un tiers indépendant et impartial, alors que le relais intervient, soit pour le compte d'une institution, soit comme représentant des usagers. Pourtant, la confusion est entretenue par le dispositif « adultes relais » sur lequel sont financés les médiateurs de santé. Pour certains de mes interlocuteurs, le travail des médiateurs s'apparente, du relais. *« Dans les hôpitaux les médiateurs feraient plutôt du relais : ils aident le corps médical à faire comprendre aux patients la nécessité des soins. »*

Les personnes formées à la médiation en santé publique par l'IMEA, sont recrutées en raison d'une expérience de vie ou d'une grande proximité avec le public concerné. De plus, certains médiateurs ont été les bénéficiaires, puis les bénévoles des associations pour lesquelles ils travaillent aujourd'hui. Leur fonction de médiation dépasse le cadre de leur travail *« Ici on travaille mais à l'extérieur on est comme une famille. Comme nous même on est dedans, les personnes préfèrent nous appeler plutôt que quelqu'un qui ne vit pas cela. On*

nous appelle même le week-end et ça nous fait du bien à nous aussi. C'est comme une nouvelle famille ». C'est la raison pour laquelle j'ai posé la question de la différence entre la médiation et l'auto-support aux coordinateurs de l'IMEA.

De leur point de vue, la différence entre ces deux modes d'action réside dans le fait que le médiateur *« travaille avec le professionnel et non dans la dénonciation ou l'opposition. Il doit avoir une capacité à faire du lien entre les gens qui se sont loupé ou qui s'opposent. C'est une relation ternaire. »*. L'auto-support est en revanche *« une relation binaire, basée sur le principe de l'utilisation de ses propres ressources pour ses propres besoins. Quand le dispositif ne répond pas, l'auto-support organise une réponse à côté. L'auto-support fonctionne sur du semblable, ce qui ne donne pas accès à la différence de l'autre. »*

▪ **La place primordiale de la culture dans la médiation en santé**

L'un des préalables indispensables à la médiation est la confiance qu'il faut instaurer avec le patient. *« Le médecin et le travailleur social sont perçus comme des institutionnels, alors qu'un tiers médiateur ne va pas se mettre dans le jeu, il est considéré comme intervenant pour l'intérêt de la personne ».*

Or, selon les médiateurs, qui se réfèrent à leur pratique à l'hôpital, une même appartenance culturelle est primordiale pour ce climat de confiance *« D'abord il y a le problème de la langue, puis il y a la culture, surtout sur le SIDA, qui est un tabou chez les Africains. Ils ne conçoivent pas que ça existe. Ils ont une explication par la sorcellerie. Le médiateur peut le dire parce qu'il comprend le langage de la personne et son explication. Quelques fois il faut faire un dessin, expliquer petit à petit, par des faits concrets que le médiateur connaît parce qu'il a grandi dans cette culture lui aussi. Il explique aussi par rapport à ici, quelles sont les pratiques d'ici. »*

Certains interlocuteurs, pensent qu'une forme de médiation a toujours été pratiquée, de manière informelle par les communautés de migrants dans leurs relations avec les institutions. *« (...) la personne a déjà la crainte de ne pas comprendre ou de ne pas être comprise. Elle se fait en général accompagner par un parent ou quelqu'un qui parle mieux le français. »*

L'intervention du médiateur interculturel peut aussi se justifier par la nécessité d'une prise en charge globale du patient¹⁹ « *La plupart des médecins ont l'habitude de travailler avec les assistants de services sociaux car la santé est un tout. Pourtant, un aspect a toujours été laissé de côté, c'est le culturel que ni le médecin, ni le travailleur social, ni le patient n'abordent. Cette prise en compte du culturel nécessite l'intervention d'un tiers, complémentaire des deux autres. Il peut aborder d'autres aspects non médicaux* ». Mais, l'utilisation systématique de la médiation en cas d'origine culturelle autre, est parfois considérée comme une « *paresse intellectuelle de la part du corps médical*».

2.1.2 Une pratique de la médiation en santé fortement inscrite dans le cadre hospitalier

La médiation en santé se pratique dans différents lieux tels que, les centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG), les hôpitaux, les lieux d'accueil et de rencontres mis en place par les associations qui emploient les médiateurs, ou encore les foyers de travailleurs migrants. Toutefois, j'écarterai ici la problématique de la médiation dans les foyers, qui semble relever davantage d'un accompagnement socio-sanitaire que de la mise en place d'un véritable processus de médiation en santé. Les informations que j'ai pu recueillir auprès des quatre médiateurs de santé et des personnels hospitaliers, m'ont servi à déterminer par qui et dans quelles circonstances l'intervention du médiateur était demandée.

- **Des lieux d'intervention qui gravitent autour des établissements hospitaliers**

Les trois médiatrices rencontrées, assurent des permanences dans des hôpitaux du département ou de la région, principalement dans les services de maladies infectieuses et de maternité. Elles reçoivent les patients, parfois dans un local mis à disposition par l'établissement, et passent dans les chambres de manière

¹⁹ Prise en charge globale préconisée par la charte du patient hospitalisé

spontanée ou à la demande des équipes soignantes et des patients. Il peut arriver qu'elles rendent visite à des patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital. Pour instaurer la confiance nécessaire à leur pratique, les médiatrices cuisinent des repas sur place, qui réunissent les patients et les soignants. Elles peuvent aussi apporter des plats africains commandés par des patients « *Pour les patients ça leur fait du bien, souvent ils ne veulent plus manger, il faut les faire manger, les reconforter avec des plats de leur pays.* ».

La présence de médiateurs dans les centres de dépistage anonyme et gratuit est souvent destinée à rassurer les personnes qui n'auraient pas osé venir. Cette confiance peut venir du fait que le médiateur est de la même origine qu'eux, mais aussi et surtout qu'ils le connaissent déjà. Telle association, travaillant dans les foyers de travailleurs migrants, s'est par exemple fixé pour objectif de « *voir les gens des foyers aller au CDAG, ce qui n'était pas le cas. La présence de la médiatrice, qu'ils avaient déjà rencontrée au foyer ou au local de l'association, les a incité à venir* ».

Les associations, au sein desquelles travaillent les médiateurs rencontrés, ont mis en place des lieux d'accueil, avec des finalités et des publics différents. « Ikambere » à Saint-Denis, accueille, soutient et accompagne des femmes africaines vivant avec le VIH. « La Marmite » à Bondy, développe la même activité pour un public de femmes et d'hommes africains en situation d'isolement ou malades. « Afrique partenaires services » assure des permanences juridiques, sociales et familiales appelées « permanences communautaires » qui s'adressent aux migrants originaires de la région du Fleuve Sénégal, vivant dans les foyers de travailleurs migrants. Dans ces lieux d'accueil, l'activité de médiation généralement initiée à l'hôpital, peut se poursuivre, mais elle devient difficile à dissocier d'un travail plus global d'orientation, d'accompagnement et de soutien.

▪ **Une « prescription » souvent à l'initiative des médecins**

A la question de savoir pourquoi et quand les soignants ou les patients demandent l'intervention de médiateurs, dans le cadre hospitalier, les réponses sont de trois ordres : une difficulté de communication linguistique, le refus d'accepter la maladie et ses obstacles à l'observance des traitements. La demande

émane presque toujours du médecin, plus rarement des patients eux-mêmes ou des équipes soignantes.

Selon une médiatrice, les médecins hospitaliers arrivent à s'adapter à leurs patients et s'assurent que ceux-ci les comprennent. *« Si un patient ne parle pas le français et qu'il n'y a pas d'interprète, le médecin se débrouille, il est obligé »*. D'autres pensent que la langue est un gros problème qui peut *« entraîner une incompréhension du traitement. Il faut expliquer les résultats des examens. Les patients peuvent avoir des choses à dire au médecin »*. Dans la plupart des hôpitaux, pour des raisons financières, il n'y a pas de recours aux interprètes professionnels. Ce sont les médiateurs, les femmes-relais ou les bénévoles d'associations, qui sont amenés à faire ce travail.

Même si le médecin a bien pris le temps d'expliquer au patient la maladie et le traitement, les médiateurs constatent qu'il est tout de même utile de revenir sur le sujet, pour en parler autrement. Dans la relation qui s'établit entre le médecin et le patient, ce dernier peut être impressionné par l'annonce de sa séropositivité ou par le statut du médecin. *« Les gens peuvent tout dire aux médiateurs alors qu'ils n'osent pas le faire directement. Ensuite la barrière est levée entre le patient et le médecin, ça fait gagner du temps, ça provoque un déclic. »*

Dans d'autres cas le patient a très bien compris, mais il a du mal à croire qu'un traitement existe, quand dans son pays d'origine le SIDA entraîne une mort systématique et rapide. Un praticien hospitalier, parlant de la médiation autour du VIH-SIDA, indique utiliser les services de la médiatrice quand il remarque que les gens sont très isolés, très solitaires, ou bien quand, malgré les explications tranquilles, répétées, imagées, il reste une difficulté à accepter la séropositivité. *« La médiatrice demande au malade s'il a compris, ou bien le médecin constate que le malade n'arrive pas à se prendre en charge du point de vue traitement, ou bien moralement. Il y a alors une discussion à trois et quelques fois plus, avec les assistantes sociales, les infirmières ou d'autres membres de l'équipe. »*

Il arrive que le malade refuse de se soigner, ne veuille pas rester à l'hôpital ou n'effectue pas les démarches nécessaires à sa prise en charge. *« Ce sont les médiateurs qui doivent se battre à sa place »*. Dans certains cas, les médecins

savent que les médiatrices sont séropositives et leur demandent de convaincre les patients de la possibilité de vivre longtemps avec le VIH. « *Quand on leur dit : regarde moi, je suis séropositive moi aussi, ils n’y croient pas, puis ils vous observent et finissent par être convaincus. C’est l’expérience qui aide à convaincre, on travaille avec notre expérience.* »

La médiation peut également intervenir pour régler des différends entre les patients et l’équipe, portant par exemple sur des visites jugées trop nombreuses par les soignants. Le rôle du médiateur est alors d’essayer de faire comprendre à l’équipe, l’importance de la visite pour le malade africain, puis de rechercher un compromis intégrant les contraintes hospitalières.

A partir des définitions et de la description des pratiques de médiation en santé, recueillies au cours de mes entretiens, j’ai tenté d’analyser les enjeux de ce mode d’intervention dans le cadre hospitalier.

2.2 La médiation en santé, une pratique expérimentale qui cherche encore sa place

Les premiers éléments de l’évaluation du dispositif adultes-relais²⁰ permettent de dégager quelques pistes concernant le cas plus spécifique de la médiation en santé. De même, à partir de l’analyse de l’intervention des médiateurs dans les établissements hospitaliers, on peut aborder la question cruciale de leur indépendance par rapport à l’institution. Enfin, on peut s’interroger sur le lien entre le développement d’approches purement culturalistes et la mise en place, par le biais d’une logique de médiation en santé, de filières spécifiques de prise en charge des migrants.

²⁰ BARON C., NIVOLLE P., « les adultes-relais : premier éléments d’évaluation », le centre d’étude de l’emploi pour la DARES et la DIV, in *Premières informations et premières synthèses N° 07.3*, février 2003, DARES

2.2.1 Une typologie des modes d'intervention à partir des premiers éléments d'évaluation du dispositif adultes-relais²¹

Les associations que j'ai pu interroger sur le thème de la médiation ou qui salarient les médiateurs en santé, bien qu'elles se positionnent toutes sur la problématique de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des migrants, n'ont pas les mêmes finalités. En revanche, les médiateurs sont recrutés sur la même base et développent des pratiques de médiation en santé assez proches.

▪ Des associations poursuivant des finalités différentes

En 2002, environ 1500 adultes-relais avaient été embauchés dans le cadre de ce dispositif, par trois grandes catégories d'associations :

- 1/ des associations, mises en place à l'initiative d'habitants, qui se veulent porte-parole de la population, médiatrices entre quartiers et institutions, et qui interviennent pour infléchir les pratiques administratives habituelles ;
- 2/ des associations du secteur sanitaire et social, constituées de professionnels, qui cherchent à diversifier leurs activités et à se rapprocher de nouvelles populations dans une optique de lutte contre les exclusions ;
- 3/ des associations spécialisées en santé communautaire ou sur la médiation, qui utilisent ce dispositif dans une perspective de renouvellement des pratiques d'intervention sociale. Les adultes-relais, qui sont recrutés parmi les usagers, deviennent des professionnels au parcours atypique.

Cette typologie ne correspond pas exactement aux finalités des associations rencontrées en Seine-Saint-Denis. Parmi ces dernières, on peut dégager deux groupes aux logiques différentes.

Un premier groupe est constitué de structures mises en place à l'initiative de professionnels hospitaliers d'unités VIH, en lien avec des personnes issues des communautés concernées : médecins et travailleurs sociaux hospitaliers,

²¹ BARON C., NIVOLLE P., « les adultes-relais : premier éléments d'évaluation », le centre d'étude de l'emploi pour la DARES et la DIV, in *Premières informations et premières synthèses N° 07.3*, février 2003, DARES

anthropologues de la santé, bénévoles dans des associations de lutte contre le VIH, usagers. Ainsi, l'association « Ikambere » est présidée par le responsable de l'unité VIH de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, dirigée par une anthropologue de la santé d'origine africaine et compte quatre médiatrices de santé, anciennes bénévoles de cette structure. C'est également le cas du lieu d'accueil « La Marmite » à Bondy, mis en place par le responsable de l'unité VIH de l'hôpital Jean Verdier et animé par une médiatrice de santé d'origine africaine.

Un second groupe d'associations, orientées sur la problématique de l'intégration des migrants, se positionnent différemment sur la médiation en santé. C'est le cas d'« Afrique Partenaires Services », association destinée aux résidents de foyers originaires de la région du fleuve Sénégal, dans laquelle travaillent deux médiateurs sanitaires et sociaux d'origine africaine. L'un développe des projets d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, dans les foyers, l'autre intervient dans les hôpitaux et dans le lieu d'accueil de l'association.

▪ **Des formes individuelles ou collectives de médiation**

Selon les premiers résultats de l'évaluation du dispositif adultes-relais, la médiation peut prendre deux formes différentes. Une forme individuelle, correspondant aux activités de conseil, d'orientation, de suivi ou d'accompagnement, se déroulant dans un lieu d'accueil et de rencontre considéré comme une « sorte d'espace intermédiaire entre les sphères privée et publique ». Il est animé par des personnes socialement proches des usagers. Une forme collective, qui intervient entre les populations de certains quartiers et les institutions, pour tenter d'agir non seulement sur les représentations qu'ont les usagers de ces institutions, mais aussi sur celles qu'ont les professionnels sur les habitants.

Dans le cas de la médiation en santé, les lieux d'accueil, mais également les médiateurs, jouent ce rôle d'intermédiaire entre la sphère privée et la sphère publique. Dans le cadre hospitalier, l'activité du médiateur qui a pour finalité de transformer les représentations des deux côtés.

▪ **Un recrutement basé sur la proximité sociale et culturelle**

En choisissant de recruter des adultes-relais parmi les usagers de leurs associations, les responsables privilégient la proximité sociale, l'appartenance à une même nationalité ou communauté, le partage d'une même langue, d'un même mode de vie et d'un positionnement socio-économique proche dans le pays d'accueil. La justification qui en est donnée est l'instauration immédiate d'une relation de confiance avec l'utilisateur « La cooptation par les pairs, ici les usagers, confère également une légitimité à l'intervention de l'adulte-relais auprès des professionnels. Cette légitimité se distingue de celle des professionnels du travail social, faite de distance à l'utilisateur et d'une extériorité aux situations auxquelles les personnes sont confrontées.»²²

Les médiateurs de santé rencontrés pour ce mémoire, ont été recrutés dans cette optique, soit parmi les usagers et les bénévoles des associations, soit en raison de leur appartenance culturelle. Les responsables des associations font intervenir le critère culturel de manière différente. Par exemple « Ikambere », s'adressant à des femmes africaines vivant avec le VIH, a choisi les médiatrices parmi les usagers et bénévoles de l'association en raison de leur expérience de vie. « La Marmite » s'adressant à des africains souffrant d'isolement, souhaite élargir son champ culturel en recrutant un nouveau médiateur, musulman, d'origine malienne et parlant plusieurs langues du Sahel, en complémentarité avec la médiatrice de religion chrétienne originaire de la Centrafrique. Dans le cas d' « Afrique partenaires services » les deux médiateurs, un homme et une femme, sont de la même origine géographique et culturelle que les usagers.

2.2.2 Une forme d'instrumentalisation des médiateurs par l'hôpital

Globalement positive pour les patients et les soignants, la pratique de la médiation en santé, telle qu'elle est décrite par les différents acteurs, pose la question de l'indépendance des médiateurs par rapport à l'institution qui les accueille. En effet, les médiateurs semblent souvent être considérés comme des

²² BARON C., NIVOLLE P., op.cit.

relais par les équipes hospitalières. Ils sont parfois les salariés d'associations mises en place par des hôpitaux. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la latitude dont disposent les médiateurs et les associations, pour contribuer aux modifications des dispositifs de droit commun, comme le prévoit en général la mise en place de ce type de dispositif transitoire.

Bien identifiées dans les services, les médiatrices ont des relations satisfaisantes avec les équipes soignantes, dont elles estiment compléter le travail. Leurs visites aux patients sont décidées par le médecin ou la surveillante qui a repéré un besoin. Elles participent à des réunions en équipe autour du cas d'un patient et aident parfois à remplir les dossiers sociaux. Mais cette bonne entente avec les équipes, tient davantage aux personnes qu'à un engagement de l'établissement. En cas de changement de personnel, la nouvelle équipe, méfiante, ne laisse plus de place à la médiatrice.

La prescription de la médiation est, comme on l'a vu, presque toujours à l'origine du médecin. Il demande au médiateur d'interpréter ses propos, de traduire, de rendre compréhensible le langage médical. Ceci ne correspond pas à la définition du médiateur qui doit rester un tiers impartial, non instrumentalisé par un bord ou l'autre. Se pose également la question du rapport entre le corps médical et les médiateurs, qui, du fait de leur proximité avec les patients, ne peuvent pas être en position d'égalité avec les soignants. Le médiateur en santé semble ne pas avoir encore trouvé sa place à l'hôpital, mais certains pensent que *« le jour où on lui en donnera une, il risque de perdre la confiance des patients et d'être assimilé aux soignants »*.

La plupart des interlocuteurs considèrent que la rencontre entre le patient et le médiateur doit se poursuivre hors du cadre hospitalier. C'est pourquoi, les patients sont souvent invités à venir dans le lieu d'accueil de l'association pour laquelle travaille le médiateur. *« Si les patients sortent de l'hôpital, c'est mieux, ils sont plus libres de parler de se confier et peuvent être suivis sur d'autres problématiques que la santé. Dans les associations on peut venir pour parler, or, dans les quartiers il y a peu d'espaces pour parler. »*

2.2.3 Une dérive culturaliste qui crée des filières spécifiques

Dans les définitions de la médiation en santé, on constate une certaine confusion entre ce qui relève d'une proximité de culture, entendue au sens de mode de vie des usagers, et ce qui relève d'une proximité d'identité culturelle généralement extra occidentale. Or, selon Didier Fassin, « L'instauration de modalités culturellement spécifiques d'interprétation et de traitement procède d'une forme particulière de différenciation du traitement qui est faite au nom de l'adaptation des soins à la culture des personnes »²³.

▪ De la surdétermination de la variable culturelle, ...

Aujourd'hui on constate une augmentation de la demande, par les professionnels des institutions publiques, de formations sur les cultures d'origine des usagers qui leur semblent poser des problèmes. Répondre à cette demande comporte un certain nombre de risques tels que, réduire la personne à sa seule origine culturelle, ne pas prendre en compte les autres dimensions sociopolitiques, masquer d'éventuels dysfonctionnements des dispositifs et faire porter la cause des blocages aux seuls usagers.

Il apparaît que, « plus le domaine dans lequel on intervient touche à l'intimité des personnes ou aux secrets de la collectivité, et plus on considère bien sûr le rôle de l'anthropologie comme essentiel pour dévoiler les pratiques culturelles »²⁴. Tel est le cas des actions de la politique de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants, qui essaient de s'entourer d'expertises anthropologiques.

Toutefois, comme l'on fait la plupart de mes interlocuteurs, on peut se demander s'il est possible de former des médiateurs de santé sans s'intéresser à leur culture. « *Quand on forme quelqu'un à être capable de parler de santé, il y a*

²³ Sous la direction de FASSIN D., *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*, Etude du CRESP, 2000, p. 67

²⁴ FASSIN D., *Le culturalisme pratique de la santé publique*, Critique d'un sens commun, in *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Editions Balland, Paris, 2001, pp. 183, 184

quelque chose de l'interprétariat donc une même culture est souhaitable. C'est le biais que l'on prend pour résoudre un problème spécifique, qui fait qu'on sort ou non du droit commun. »

▪ **..., à des filières spécifiques institutionnalisées**

L'objectif initial des médiateurs de santé publique est de permettre aux personnes vulnérables, éloignées du droit commun, de pouvoir y être intégrées ou réintégrées. Même s'ils sont conçus comme temporaires, on constate que les dispositifs spécifiques de prévention, de soutien ou d'accompagnement destinés aux migrants, peuvent inciter certains acteurs du secteur sanitaire et social à renvoyer systématiquement leurs usagers étrangers vers ces filières en fonction de leur origine. Or, si les usagers apprécient de trouver dans les services publics, des personnes qui partagent leur nationalité, leur culture ou leur langue pour les aider, ce qui semble primer pour eux c'est avant tout la confiance que leur inspirent ces services.

Comment éviter par ailleurs que les médiateurs de santé, ne déchargent le service public, en déléguant au monde associatif le contact avec des publics qu'ils jugent difficiles à prendre en charge ? Mises en place à l'initiative de praticiens hospitaliers, les associations de soutien et d'accompagnement des personnes africaines vivant avec le VIH, que j'ai pu rencontrer en Seine-Saint-Denis, semblent pourtant échapper à cette dérive. En effet, elles ont une activité principale qui ne relève pas directement d'un service hospitalier. Mais il existe tout de même un glissement en matière de prise en charge sociale, dans la mesure où les hôpitaux de ce département ne disposent pas de personnels sociaux à la hauteur de leurs besoins.

La médiation en santé, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui de manière encore expérimentale dans le cadre hospitalier, est au croisement de plusieurs problématiques qui intéressent les missions d'une direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

2.3 Une nécessaire implication de DDASS de la Seine-Saint-Denis dans la coordination et l'amélioration de la pratique de médiation en santé

L'analyse de la pratique de médiation en santé, en matière de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants, notamment dans le cadre hospitalier, montre qu'il s'agit d'une démarche innovante. Les premiers constats semblent confirmer qu'elle favorise le dépistage, facilite le contact entre les patients et les services soignants, et améliore la bonne observance des traitements. Toutefois, elle soulève de nombreuses questions qui doivent être prises en compte par les services de la DDASS, afin d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins des migrants vivant avec le VIH, particulièrement nombreux dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Ainsi, l'action des médiateurs de santé ne semblent pas aujourd'hui suffisamment coordonnée au plan local, pour permettre un questionnement sur les modalités d'accueil et de prise en charge des migrants par les établissements hospitaliers. Il semble par ailleurs nécessaire de promouvoir une culture commune de la médiation en santé qui réunisse les médiateurs de santé, les dispositifs sanitaires et les partenaires institutionnels impliqués dans cette expérimentation. Enfin, l'intervention des médiateurs en santé dans les hôpitaux gagnerait à être évaluée afin d'en améliorer la pratique et de déterminer leur place au sein des équipes soignantes, dans le respect des principes d'indépendance, d'impartialité.

2.3.1 Coordonner, au sein de la DDASS, les différentes politiques préconisant le recours à la médiation en santé

Au titre de la politique de lutte contre le VIH-SIDA, le « pôle santé publique » de la DDASS de la Seine-Saint-Denis, subventionne des associations pour des actions de prévention, de soutien ou d'accompagnement en direction des migrants. Ces associations comptent parmi leurs salariés des médiateurs de santé, financés grâce au dispositif adultes-relais de la politique de la ville.

La DDASS est chargée par la Préfecture, d'émettre un avis sur le recrutement des adultes-relais par les associations dont l'activité entre dans son champ de compétence. En Seine-Saint-Denis, ce dossier a été confié au « pôle social », qui pilote par ailleurs, l'ensemble des actions départementales inscrites dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

La programmation 2001-2003 du PRAPS Ile-de-France avait prévu, entre autres mesures, le développement de la logique de médiation santé pour remédier aux difficultés d'accès à la prévention et aux soins. Un certain nombre d'actions ont été mises en place à ce titre, notamment en direction des migrants vivant dans les foyers de travailleurs du département.

La pratique de la médiation en santé est donc une thématique transversale qui, même inscrite dans la lutte contre la VIH-SIDA, participe à l'objectif général d'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins. Par conséquent, une réflexion commune sur cette pratique encore considérée comme expérimentale, pourrait contribuer à coordonner les actions inscrites dans ces différentes politiques. Des réunions transversales pourraient ainsi être organisées, en amont des décisions et des avis pris, par le pôle santé publique et le pôle social, sur le soutien à des actions de médiation en santé ou le financement de médiateurs dans les associations.

2.3.2 Animer la pratique de la médiation en santé publique au plan départemental

Il revient à la DDASS de participer à l'animation de ce dispositif afin de favoriser, d'une part, la mise en place du cadre d'un travail en réseau de l'ensemble des médiateurs du département intervenant dans le champ de la santé, et d'autre part, de promouvoir une culture commune de la médiation en santé.

- **Favoriser le cadre d'un travail en réseau**

Les médiateurs de santé, pris isolément, ont peu d'impact sur les modifications des dispositifs sanitaires dans lesquels ils interviennent. Néanmoins, ceux qui ont été formés par l'IMEA, bénéficient d'un soutien pour leur projet pendant deux années après leur formation initiale. Les autres médiateurs, s'ils ne sont pas salariés d'une association importante, ne bénéficient pas d'un soutien suffisant à leur pratique dans le domaine sanitaire. Certes, la plupart des médiateurs de santé se connaissent pour avoir été formés ensemble. S'il leur arrive de se joindre par téléphone au sujet de l'orientation d'une personne, ou de se rencontrer à l'occasion de colloques, ces contacts demeurent ponctuels et ne sont pas formalisés.

Il semble donc nécessaire qu'au plan départemental, les interventions des médiateurs puissent clairement s'articuler avec les actions d'autres dispositifs. Il semblerait également utile que les médiateurs de santé, qui pratiquent leurs activités sur un même territoire, puissent se rencontrer afin de coordonner leurs actions et d'établir le cadre d'un travail en réseau.

La DDASS pourrait jouer un rôle déterminant dans cette coordination par la mise en place d'un lieu de concertation, à l'image l'expérience menée par la DDASS du Rhône dans le champ de la prévention du VIH en direction des migrants. Depuis plusieurs années dans ce département, une inspectrice de l'action sanitaire et sociale et un médecin inspecteur de santé publique pilotent un groupe de travail et de soutien méthodologique, animé par un médecin en santé communautaire, qui réunit les différentes associations de prévention.

- **Faciliter l'émergence d'une culture commune de la médiation en santé publique**

Au travers de cette étude on peut constater qu'il n'existe pas de définition commune du concept de la médiation en santé et que les pratiques varient en fonction de très nombreux paramètres. Dans le cadre hospitalier, certains médiateurs parviennent à s'imposer comme un tiers indépendant dans le processus de médiation entre le médecin ou l'équipe soignante et le patient. En

revanche, lorsqu'ils sont instrumentalisés par les soignants, les médiateurs ne peuvent jouer aucun rôle dans l'amélioration du fonctionnement du service au sein duquel ils interviennent.

Il me paraît donc important que la DDASS réunisse l'ensemble des acteurs d'un dispositif qui va au-delà de l'hôpital : médiateurs, associations, personnels hospitaliers, gestionnaires de foyers de travailleurs migrants, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et médecins inspecteurs de santé publique chargés de ces dossiers. De telles réunions permettraient de faire émerger une culture commune de la médiation en santé appliquée à la promotion de l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, notamment des migrants, nombreux sur le territoire de la Seine-Saint-Denis.

Ces deux groupes de travail, l'un axé sur le soutien méthodologique et l'autre sur une définition commune de la médiation en santé, pourraient concourir à la réflexion sur les indicateurs nécessaires à l'évaluation du dispositif.

2.3.3 Améliorer les pratiques de médiations en santé par une évaluation du dispositif

En lien avec l'évaluation du programme de formation et de suivi des médiateurs de santé publique, actuellement en cours sur l'ensemble de l'Ile-de-France, la DDASS pourrait conduire une évaluation au plan départemental portant sur deux points essentiels : les pratiques de médiation dans les services hospitaliers et la clarification de la question culturelle. Les objectifs d'une telle évaluation seraient, d'une part, d'améliorer les pratiques en développant leur dimension d'observation, et d'autre part, d'éviter que des filières spécifiques ne s'instaurent pour les migrants qui ont un accès difficile aux soins.

▪ Vers une prise en compte des pratiques de médiation par l'ARH

La médiation menée par des associations pour favoriser l'accès aux droits ou pour faire le lien entre des usagers et des institutions (école, PMI, hôpital,

assurance maladie, préfecture), devrait en principe contribuer à la réflexion interne aux institutions, afin qu'elles s'adaptent davantage aux besoins de leurs usagers.

Au travers des investigations que j'ai pu mener, il apparaît clairement que, si la présence des médiateurs dans les services hospitaliers contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients, elle ne permet pas encore de modifier le contact de ces services avec leurs usagers. A ce stade de l'expérimentation, il serait nécessaire de faire remonter les observations des médiateurs sur les institutions, afin que la médiation en santé ne reste pas un simple instrument. Certains de mes interlocuteurs estiment qu'aujourd'hui « *On ne sait pas quel est son apport. Il n'existe pas d'évaluation de l'activité de médiation dans les hôpitaux. Or, la médiation, au-delà de sa fonction pratique, doit avoir un rôle pédagogique.* »

La DDASS pourrait jouer un rôle de déclencheur dans la prise en compte de cette pratique de la médiation en santé dans les hôpitaux par l'agence régionale de l'hospitalisation, notamment en l'impliquant dans les groupes de réflexion sur la culture de médiation. Cette dimension, une fois clairement définie, pourrait être intégrée dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements concernés, et mentionnées dans le schéma régional d'organisation de l'offre de soins de 3^e génération.

▪ **Vers une clarification de la question culturelle**

Par ailleurs, dans un département tel que celui de la Seine-Saint-Denis, où les migrants sont nombreux parmi les usagers des établissements hospitaliers et constituent un public prioritaire des actions de prévention du VIH-SIDA, il est important de clarifier la question du lien entre l'origine culturelle et la mise en place de filières spécifiques. La DDASS et ses partenaires, doivent s'interroger sur les risques de dérives culturalistes qui semblent aller de pair avec un instrumentalisation des médiateurs de santé par les institutions dans lesquelles ils interviennent. Cette dérive risquerait d'institutionnaliser des filières spécifiques masquant ainsi les difficultés d'accès à la prévention et aux soins de cette population.

Le rapport 2002 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, précise en effet, que la prise en compte des « spécificités des migrants / étrangers face au VIH-SIDA doit se faire dans le cadre du droit commun et non pas en marge. Ces spécificités sont souvent liées au statut administratif d'étranger de ces patients, mais également parfois à une barrière linguistique. En matière de prévention il s'agit de rendre compte de vies diversifiées, sans remettre en question ce que la maladie, la souffrance et/ou la mort ont d'universel dans la mise à l'épreuve du corps individuel et du corps social »²⁵

²⁵ DELFRAISSY J.-F., *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Rapport 2002*, chapitre Migrants/Etrangers et VIH, Edition Flammarion, Paris 2002, p. 321

CONCLUSION

La médiation en santé occupe une place émergente dans la politique de lutte contre le VIH/SIDA. Cette pratique est apparue pour répondre aux difficultés rencontrées par les pouvoirs publics, dans la prévention du VIH-SIDA en direction des migrants, et la prise en charge des migrants vivant avec le VIH. Après une période durant laquelle, pour des raisons propres au modèle français d'intégration, les populations migrantes n'ont fait l'objet d'aucune statistique spécifique en matière de SIDA, les politiques publiques ont mis en place des actions ciblées en fonction des données épidémiologiques sur ces populations. Le plan national de lutte contre le VIH-SIDA 2001-2004 a ainsi fixé, parmi dix objectifs prioritaires en terme de santé publique « l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins précoces des personnes étrangères vivant en France, afin de réduire les écarts existant avec la population française ».

L'analyse de la pratique de la médiation en santé dans le cadre hospitalier, notamment en matière de lutte contre le VIH-SIDA en direction des migrants, montre qu'il s'agit d'une démarche innovante, mais encore expérimentale. Les premiers constats semblent confirmer qu'elle favorise le dépistage, facilite le contact entre les patients et les services soignants, et améliore la bonne observance des traitements. Toutefois, cette pratique soulève encore de nombreuses questions, qui ne sont pas sans rappeler les débats concernant la pratique de la médiation sociale et interculturelle. La problématique centrale du lien entre le développement d'approches purement culturalistes et la mise en place de filières spécifiques de prise en charge des migrants, intéresse le métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

Ainsi, la médiation en santé est au croisement de plusieurs domaines qui relèvent des missions d'une direction départementale des affaires sanitaires et sociales. De cette étude des pratiques de la médiation en santé en Seine-Saint-Denis, il m'a été possible de dégager quelques pistes sur le rôle que pourrait jouer la DDASS de ce département. Afin d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins des migrants vivant avec le VIH, particulièrement nombreux dans ce

département, il conviendrait que la DDASS anime plus directement le dispositif de médiation en santé publique. Pour ce faire, la coordination interne entre les différentes politiques préconisant le recours à la médiation en santé, devrait être renforcée. Par ailleurs, une évaluation menée par la DDASS permettrait d'améliorer les pratiques de médiations en santé, notamment dans les services hospitaliers, et d'éviter l'institutionnalisation de filières spécifiques.

Enfin, au terme de ce mémoire, on peut aborder la question de l'opportunité de replacer la prévention du VIH en direction des migrants dans le cadre plus général de la promotion de la santé. En effet, les médiateurs de santé publique lorsqu'ils mènent des actions de prévention, peuvent-ils travailler sur une seule pathologie ? Certains de mes interlocuteurs ont constaté que malgré « *les avancées comme la CMU, l'AME, les dépistages, la prise en compte des hépatites, on peut même se demander s'il n'y a pas eu un recul par rapport au début des années quatre vingt dix. C'est une époque où les associations ont eu beaucoup d'argent sur le VIH, et ont été très nombreuses à intervenir dans les foyers. Les résidents se sont demandés pourquoi nous ? Ils se sont sentis stigmatisés, ils ont pensé que ça n'était pas adapté à leurs préoccupations de santé qui étaient autres. Aujourd'hui ils semblent moins mobilisables. D'où l'importance d'aborder la santé dans sa globalité et en général.* »

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

Textes de lois et règlements

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

Ouvrages

YOUNES C., Le Roy E., et al. *Médiation et diversité culturelle, pour quelle société ?* Editions Karthala, Paris, décembre 2002, 307 p.

DOZON J.-P., FASSIN D., et al. *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Editions Balland, Paris, octobre 2001, 361 p.

MASSE R., *Culture et santé publique*, Editions Gaëtan Morin, Québec 1995, 494p.

Rapports, études, actes de colloques

Femmes Inter Associations – Inter Service Migrants (FIA-ISM) *Guide de la médiation sociale et culturelle*, Paris 1997, 46 p.

CRAES, CRIPS, ERSP Rhône-Alpes et CADIS, CRIPS Auvergne, *Populations migrantes et VIH, pratiques de prévention et d'accompagnement*, compte rendu de la journée du 30 mars 2000

RWEGERA B., *IKAMBERE et la vie quotidienne des femmes atteintes par le VIH*, Paris 2001

ROBERT Y., *Conclusions du groupe de travail interministériel sur les emplois dits de médiation sociale*, 14 juin 2001, 21 p.

Cabinet COPAS, *Immigrés citoyens, faciliter l'accès aux droits*, Audit stratégique mené pour le Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations, Paris 2001.

FASSIN D., CARDE E., FERRE N., MUSSO-DIMITRIJEVIC S., *Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins*, Etude du centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique, pour la direction des populations et des migrations, 2002, 249 p.

Mission régionale d'appui « droit et ville » d'Ile-de-France, *Médiations, projet de référentiel*, Mars 2002, 13 p.

DROUOT N., SIMONNOT N., *Rapport 2001 de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde*, Médecins du Monde, Juin 2002

DELFRAISSY J.-F., « Migrants/Etrangers et VIH » in *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, rapport 2002*, Editions Flammarion, Paris, juillet 2002, chapitre pp. 309-325

ROLLET C., « Pouvoirs publics et prévention : trois exemples de politiques complexes » in *La politique de lutte contre le SIDA 1994-2000, rapport de l'instance d'évaluation*, Conseil National de l'évaluation, Editions du Commissariat général au plan, Paris, novembre 2002, pp. 209-230

Cabinet ADAGE, Sida Info Service, Office des migrations internationales (OMI), *Dépistage auprès des personnes primo migrantes*, novembre 2002

LEFRANC M., *Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès des personnes primo arrivantes : évaluation de l'action*, Sida Info Service, OMI, novembre 2002

Cabinet ADAGE, *Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne, synthèse de l'étude qualitative*, Sida Info Service / OMI, novembre 2002

Revue, articles

FASSIN D., « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? », in *Plein Droit* N°38, avril 1998, pp. 29-35

FASSIN D., « Repenser les enjeux de santé autour de la migration », in *Hommes et migrations* N°1225 : *Santé, le traitement de la différence*, mai juin 2000, pp. 5-12

KOTOBI L., « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », in *Hommes et migrations* N°1225 : *Santé, le traitement de la différence*, mai juin 2000, pp. 62-72

KESSAR Z., « La formation en anthropologie à l'hôpital » in *Hommes et migrations* N°1225 : *Santé, le traitement de la différence*, mai juin 2000, pp. 112-117

« Médiation sociale : séminaire européen organisé à Créteil du 21 au 23 septembre 1999 » in *Lettre de la Délégation Interministérielle à la Ville* N° 60, septembre octobre 2000

Migrations Santé N° 107, introduction « La précarité : un défi de santé publique », second semestre 2001, pp. 8-25

BREZOVSEK A., « L'accès aux soins des immigrés illégaux à Lyon : description, analyses, recommandations » in *Migrations Santé* N° 107, second semestre 2001, pp. 29-55

CHARDIN C., « Accès aux droits sociaux et administratifs en France » in *Migrations Santé* N° 107, second semestre 2001, pp. 57-72

DEPINOY M., TESSIER S., coordination du dossier « Quelle éducation pour la santé des migrants ? » in *La santé de l'homme* N° 357, janvier février 2002, pp. 14-41

Le journal des adultes-relais, « Le dispositif s'ouvre à de nouveaux partenaires »
Ministère délégué à la ville, Février 2002, 15 p.

BARON C., NIVOLLE P., « les adultes-relais : premier éléments d'évaluation », le centre d'étude de l'emploi pour la DARES et la DIV, in *Premières informations et premières synthèses N° 07.3*, février 2003, DARES

Documents vidéo

Les aventures de Moussa le taximan, réalisation Henri Duparc, Edition Comité français d'éducation pour la santé

Aimer c'est plus fort que le SIDA, Outil de prévention du Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural dans le tiers monde (GRDR)

Pour l'instant c'est pour toujours, réalisation Emmanuel Ohniguian, Legba productions, tourné dans l'unité VIH du docteur MECHALI, hôpital Delafontaine de Saint-Denis

Sites internet

www.sante.gouv.fr

www.ville.gouv.fr

www.sida-info-service.org

www.crips.asso.fr

www.vihinternet.org/migrants

www.lien-social.com

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

ANNEXE 2 : Liste des entretiens

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Grille commune pour tous les entretiens

- 1- Quelle définition faites-vous de la médiation en général ?
- 2- Quelle définition faites-vous de la médiation en santé publique ?
- 3- Pourquoi a-t-on besoin de médiation en santé publique ?
- 4- Quelle est la place de la culture dans la médiation en santé ?
- 5- Quelle est la place de la médiation en santé par rapport au droit commun ?
- 6- Pensez-vous qu'il existe un risque d'institutionnalisation de dispositifs spécifiques en direction des migrants ?
- 7- Que pensez-vous du débat actuel sur le risque « d'ethnisation » des politiques publiques ?

ANNEXE 2

Liste des entretiens

Etablissements hospitaliers

Centre hospitalier Jean Verdier à Bondy

Vincent Jeantils, praticien hospitalier responsable de l'unité VIH du service de médecine interne, président du réseau ville-hôpital « Vigie »

Centre hospitalier intercommunal de Montreuil

Richard Salicrù, psychologue de l'unité VIH, responsable du réseau ville-hôpital « RAMM-VIH » et directeur de l'association « La Contremarque »

Associations

Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales (IMEA)

Brigitte Quenum, Emmanuel Ricard, médecins coordonnateurs du programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique

La Marmite, lieu d'accueil du réseau ville-hôpital « Vigie » situé à Bondy

Marguerite Congo Sienna, médiatrice en santé publique,
Christelle Moïse, coordinatrice

Ikambere, lieu d'accueil pour femmes à Saint-Denis

Sophie Nsiense, médiatrice en santé publique

Afrique partenaire services, lieu d'accueil dans le 14^e arrondissement de Paris

Claudette Bodin, directrice, **Bintou Boiguille**, médiatrice socio-sanitaire,
Almadhane Diakité, chargé de mission sur les foyers et l'aide médicale Etat

Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural dans le tiers monde (GRDR) à Montreuil

Barbara Bertini, responsable santé

Fédération Inter Associative / Inter Services Migrants (FIA / ISM)

Léa Lee Young Ramielson, coordinatrice

Institutions

Direction générale de la santé, bureau de la lutte contre les MST et le VIH

Catherine Chardin, chargée du dossier migrants / VIH-SIDA

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France

Geneviève Antoine, inspectrice de l'action sanitaire et sociale coordinatrice du PRAPS

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Rhône

Joëlle Moser, inspectrice de l'action sanitaire et sociale chargée du dossier VIH-SIDA, **Jean Genoud**, médecin inspecteur de santé publique, chargé du dossier VIH-SIDA

Fonds d'action et de soutien à l'intégration et à la lutte contre les discriminations (FASILD) **Julie le Goff**, chargée du dossier santé

Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis

Nicole Parenti, responsable de la prévention et des actions sanitaires et sociales