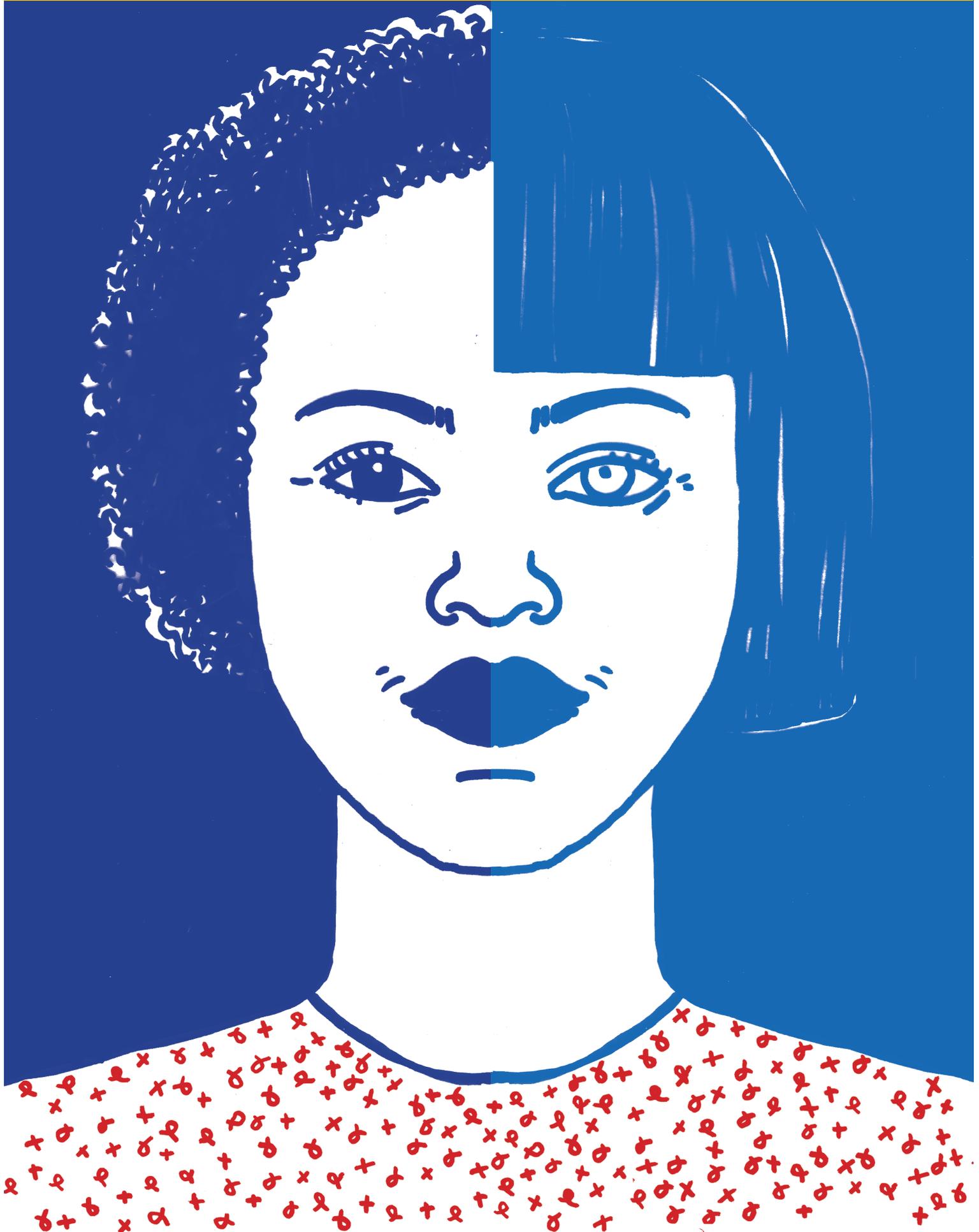


MIGRANTS – VIH ET MÉDIATION EN SANTÉ PRATIQUES À L'ŒUVRE ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTIONS

COREVIH ÎLE-DE-FRANCE EST



MIGRANTS VIH ET MÉDIATION EN SANTE

PRATIQUES À L'ŒUVRE ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTIONS



TABLE DES MATIÈRES

P4 L'INTRODUCTION ET L'OBJET DE L'ÉTUDE

P6 LA MÉTHODOLOGIE

P6 L'ANALYSE

I P8 LES POPULATIONS EN QUESTION : DES PARCOURS VARIÉS DOMINÉS PAR LA VIOLENCE ET LA PRÉCARITÉ

P9 1 – PROFILS DES PERSONNES ACCUEILLIES
ET CONTEXTE D'ACCUEIL AU SEIN
DES ASSOCIATIONS

P10 2 – LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE
ET/OU SOCIALE COMME POINT D'ENTRÉE
DANS L'ASSOCIATION

P12 3 – VIOLENCES ET STIGMATISATION

II P14 LE TRAVAIL DE "CAPTATION" DES ASSOCIATIONS AU CŒUR DE LEURS ÉVOLUTIONS

P15 1 – ÊTRE EN CONTACT AVEC LES POPULATIONS

P17 2 – S'ADAPTER AUX ÉVOLUTIONS
INSTITUTIONNELLES, TECHNIQUES,
POLITIQUES ET SOCIALES

III P20 LA MÉDIATION SANITAIRE AU CŒUR DE CES ÉVOLUTIONS : UNE PRATIQUE AUX CONTOURS FLOUS

P21 1 – LA PLURALITÉ DE LA MÉDIATION

P23 2 – LA COMPÉTENCE DU "PROCHE"

IV P26 LES FONDAMENTAUX

P27 1 – LE TRAVAIL DE PRÉVENTION
ET DE DÉPISTAGE

P29 2 – FAIRE LE LIEN AVEC LE MÉDICAL
OU PALLIER AUX MANQUEMENTS
DU MÉDICAL, COORDONNER

P32 3 – INFORMER

P33 4 – L'ACCOMPAGNEMENT VERS AUTONOMIE
– LA CAPACITATION

V P36 LE RAPPORT DE LA MÉDIATION AUX INSTITUTIONS

P37 1 – UNE PLASTICITÉ ET UNE TEMPORALITÉ COURTE

P39 2 – L'IMPORTANCE DES DÉMARCHES
COMMUNAUTAIRES OU DES PRATIQUES
DE PROXIMITÉ

VI P42 LA MÉDIATION : UN OUTIL (D'AIDE AU CHANGEMENT) OU UNE FIN EN SOI ?

P43 1 – UNE INTERVENTION QUI PEINE À DÉPASSER
LES LISIÈRES INSTITUTIONNELLES

P45 2 – LA PROFESSIONNALISATION EN QUESTION

P48 CONCLUSION

P49 PARCOURS DE DÉPISTAGE
ET D'ENTRÉE DANS LE SOIN DES MIGRANTS

P50 NOTES ET RÉFÉRENCES

INTRODUCTION & OBJET DE L'ÉTUDE

Cette étude qualitative a un double objectif : tout d'abord apporter des éclairages sur les parcours de dépistage et de soin des migrants infectés par le VIH ; fournir des indicateurs sur leur trajectoire dès leur arrivée en France, les réseaux formels et/ou informels (associations, cercle familial...) qu'ils mobilisent – ou pas – dans leur quotidien et leurs modalités d'accès aux droits, aux soins courants et aux soins plus spécifiques. Dans le même temps il s'agit de mettre en lumière le rôle joué par les médiateurs en santé dans ces parcours, leurs pratiques, leurs outils, la place qu'ils occupent dans le système institutionnel sanitaire et social. En corollaire, partant des constats de cette double analyse, se pose la question des modalités d'extension de la médiation en santé dans notre monde social.

“On ne peut pas prendre en charge un malade sans s'intéresser à la façon dont il vit. Depuis qu'ils interviennent, le taux de “perdus de vue” chez mes patients africains a diminué des deux tiers et l'absentéisme de moitié. Ils prennent aussi mieux leurs traitements”. Ces paroles du Dr Troisvallets qui suit 600 patients infectés par le VIH dont 400 d'origine africaine à l'hôpital de Gonesse dans le Val d'Oise témoignent de l'importance de la médiation sanitaire dans ce contexte. Officiellement inscrite dans l'agenda politique depuis la “Loi de modernisation de notre système de santé” du 26 janvier 2016, la médiation sanitaire vise à “améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins en prenant en compte leurs spécificités”. Différents types de structure emploient à l'heure actuelle des médiateurs en santé : associations (spécifiques au VIH ou destinées aux populations vulnérables), fondations, hôpitaux... Une enquête réalisée en 2015 sur 13 structures différentes du territoire du Corevih-IDF-Est a révélé une file active cumulée de 8 000 personnes bénéficiaires de médiateurs (23 en tout).²

Compte-tenu de l'importance prise par les migrants dans sa file active, le Corevih-Est s'est, dès sa mise en place en 2007, intéressé à cette question. Nommé en 2015 pilote de l'action régionale (Inter-Corevih) “promotion de la place de l'accompagnement et de la médiation en santé en amont et en aval du dépistage pour la population migrante” dans le cadre de la démarche de contractualisation avec l'ARS Île-de-France, il œuvre depuis au développement de cette thématique. Ainsi a-t-il estimé nécessaire de comprendre, au-delà de ce recensement, les activités menées par ces médiateurs et leurs impacts sur les parcours de dépistage et de soins des migrants. Dans le contexte actuel des traitements antirétroviraux quel que soit le stade de l'infection, “l'enjeu du dépistage et celui de l'articulation entre le dépistage et le soin sont majeurs pour permettre aux personnes infectées de bénéficier au plus tôt des traitements mais aussi pour limiter les contaminations”³. Si l'expansion des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) a permis un recours au dépistage plus élevé et plus précoce qu'auparavant notamment parmi les migrants d'Afrique Subsaharienne particulièrement exposés, reste que cette population découvre sa séropositivité plus tardivement que les autres⁴. Comme le montre notamment le programme SIRS ^{Cohorte} SIRS santé inégalité et rupture sociale : 3000 adultes suivies ds agglo parisienne suivie depuis 2005, des inégalités sociales de recours au dépistage existent ; s'agissant des migrants les obstacles sont nombreux : des conditions économiques et sociales dégradées, un accès aux droits plus difficile, des barrières culturelles, linguistiques pouvant conduire à une mauvaise évaluation des risques et/ou à la crainte de se faire dépister ou soigner.

Ces limites persistantes interrogent sur la marche à suivre et viennent dans le même temps légitimer la place de la médiation sanitaire dans un contexte de développement de la prévention combinée. “Pour la première fois dans l'histoire du VIH

des moyens existent simultanément pour rompre la chaîne de contamination et traiter efficacement les personnes contaminées”. Ceux-ci doivent être déployés le plus largement et au plus tôt”⁵. Sans doute les médiateurs(trices) ont-ils (elles) un rôle important à jouer dans ce déploiement. On se représente mal, pour l'heure, le travail qu'ils réalisent au quotidien au sein des associations (parfois communautaires) qui les emploient : quelle part accordent-ils au dépistage ? À la prévention ? Comment parviennent-ils à entrer en relation avec les différentes populations de migrants ? Comment maintiennent-ils le lien dans l'objectif du soin ? Quels rapports entretiennent-ils avec le médical ? Si l'utilité de la médiation sanitaire ne semble plus à démontrer, la façon dont elle est envisagée, dont elle se pratique sur le terrain mérite d'être mise en lumière afin de saisir ses modalités d'ancrage, les spécificités qui sont les siennes et de penser ses possibilités d'évolution dans le contexte actuel de sa reconnaissance politique et des avancées de la lutte contre le sida. Une récente expérimentation de médiation en amont et en aval d'une proposition de dépistage au sein de foyers de travailleurs migrants africains à Paris⁶ a montré que des actions nouvelles, notamment partenariales sont possibles en la matière. Sans doute la médiation doit elle se saisir de diverses façons de toucher les publics les plus en marge du système de soins. L'enjeu actuel réside dans la capacité de la médiation sanitaire à innover et à s'inscrire durablement dans la lutte contre le sida et au-delà dans le champ sanitaire et social en général. Dans cette optique, le Corevih-IDF-Est a réuni en 2016 l'ensemble des Corevih d'Île-de-France autour du montage d'une formation universitaire diplômante en médiation sanitaire qui devrait voir le jour courant 2017. Un retour auprès des associatifs interrogés dans le cadre de cette étude, qui auront choisi de suivre cette formation, sera pour nous l'occasion d'ér mesurer l'adéquation et la cohérence.

“ON NE PEUT PAS PRENDRE EN CHARGE UN MALADE SANS S'INTÉRESSER À LA FAÇON DONT IL VIT...”



LA MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude déployée sur deux mois repose sur la réalisation de 11 entretiens semi-directifs ^{Individuels et collectifs, la plupart des entretiens sont des entretiens individuels réalisés avec des responsables associatifs. Trois entretiens ont été collectifs c'est-à-dire avec le ou la responsable et des intervenants associatifs : médiateurs, assistantes sociales, infirmières...}, auprès d'associations accueillant des migrants : 2 associations santé-précarité tout public, 2 associations sida tout public, 3 associations sida-migrants, une association précaires-migrants, deux associations sida-migrants communautaires.

Ces associations ont été officiellement contactées dans le cadre d'une étude sur les parcours de migrants. Pour ne pas induire de discours particuliers, préconstruits sur la médiation (d'autant que le thème est d'actualité), la question n'a été abordée qu'au moment de l'entretien. Chaque entretien d'une durée d'une heure trente en moyenne a été l'occasion d'engager une discussion, de façon systématique sur différents thèmes partant d'une même grille : l'histoire de la structure, ce qui préside à sa création, son évolution ; la description de la structure : personnels (quelle fonction ? quels statuts ?), les activités proposées, détail de la population reçue ; l'activité actuelle : à quel moment de leur parcours capte-t-elle les populations, quel type d'accueil ou de soutien propose-t-elle ? Quelles activités ? Y-a-t-il des médiateurs dans la structure ? Combien ? Description de leur activité.

L'ANALYSE

C'est sur la base de ce matériau qu'a été réalisée cette analyse. Elle part donc du discours des acteurs associatifs sur leur pratique, le sens qu'ils lui donnent, les événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeur, leurs repères, leurs interprétations des situations. Les thèmes développés ici découlent ainsi d'une analyse croisée de leurs récits, leurs observations, de leurs préoccupations eu égard à la thématique de cette étude.

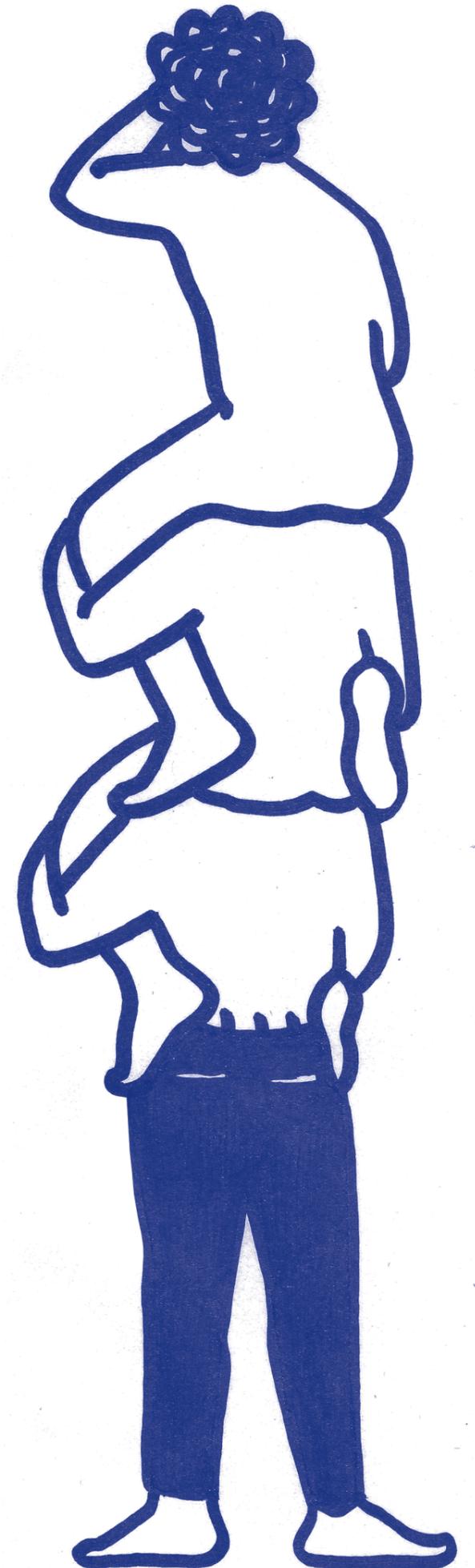
Ces entretiens n'ont pas pour but d'être représentatifs. Ils servent (en étant analysés dans leur singularité mais en étant également mis en rapport les uns aux autres) à reconstruire un univers de pratiques : ses accords de base, ses dissensions, ses principes de fonctionnement, sa place dans le monde social, sa façon d'envisager l'avenir...

C'est dans ce cadre méthodologique que nous est apparue l'existence d'une distorsion entre la médiation telle qu'elle peut être théoriquement définie (nous y reviendrons) et la pratique effective sur le terrain. Ainsi, dans les faits, le travail de médiation peut être réalisé sans médiateur ; de la même façon la présence affichée d'un(e) médiateur(trice) dans une structure ne présume pas forcément d'un travail de médiation au sens théorique du terme. Au fil de cette analyse, la médiation s'est ainsi révélée être un objet mou, flou, en voie de construction ; Si l'on en devine le squelette, l'enveloppe corporelle n'est pas la même partout et pour tous.

Partant des parcours des migrants tels qu'ils ressortent des discours des associatifs (chapitre I), nous nous efforçons de montrer comment les associations parviennent à capter leur population². L'analyse se concentre ensuite sur la façon dont

“LA PLACE SPÉCIFIQUE OCCUPÉE PAR CE TRAVAIL DE MÉDIATION DANS L'UNIVERS INSTITUTIONNEL EN RAISON D'UNE ADAPTABILITÉ, D'UNE RÉACTIVITÉ À TOUTE ÉPREUVE AINSI QUE D'UNE PROXIMITÉ PARTICULIÈRE AVEC LES POPULATIONS ACCUEILLIES. LA MÉDIATION SE DÉVOILE EN SOMME, À LA FOIS FRAGILE EN TERMES DE VISIBILITÉ ET DE RECONNAISSANCE ET PLEINE D'AVENIR DANS SA CAPACITÉ À FAIRE BOUGER LES LIGNES INSTITUTIONNELLES.”

chacune, en fonction de son objet, de la population accueillie, appréhende la question de la médiation. Celle-ci se définit en réalité à travers des contours flous ; elle se devine à travers différentes pratiques présentes dans toutes les structures mais de façon inégale⁴. Une constante cependant : la place spécifique occupée par ce travail de médiation dans l'univers institutionnel en raison d'une adaptabilité, d'une réactivité à toute épreuve ainsi que d'une proximité particulière avec les populations accueillies⁵. La médiation se dévoile en somme, à la fois fragile en terme de visibilité et de reconnaissance et pleine d'avenir dans sa capacité à faire bouger les lignes institutionnelles.



LES POPULATIONS EN QUESTION

DES PARCOURS VARIÉS DOMINÉS PAR LA VIOLENCE ET LA PRÉCARITÉ

PROFILS DES PERSONNES ACCUEILLIES ET CONTEXTE D'ACCUEIL AU SEIN DES ASSOCIATIONS

Les personnes (femmes et hommes) accueillies dans les associations rencontrées dans le cadre de l'étude viennent majoritairement d'Afrique Subsaharienne francophone (Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal, Guinée) et sont, pour la plupart primo arrivantes. D'autres origines sont représentées dans une moindre mesure (et plus ou moins en fonction des associations) : Maghreb, Amérique latine, Europe de l'Est, Asie, Inde.

Outre ces questions de nationalité liées aux flux migratoires et au bouche-à-oreille qui fonctionne au sein d'une même communauté, il n'y a pas, de l'avis de l'ensemble des associatifs interrogés, de profil-type en terme de personne accueillie. Les raisons du départ du pays d'origine sont diverses et ne concernent pas forcément la maladie; la France n'est pas toujours la destination finale envisagée.

Une part d'entre eux, hommes ou femmes se sachant séropositifs, ont quitté leur pays pour se faire soigner en France; d'autres ont fui, chassés par leur communauté lors de la découverte de leur séropositivité. D'autres ont fait le choix de quitter leur pays, de venir en France ou de transiter par la France pour des raisons économiques et apprennent à l'occasion d'un dépistage inopiné ou d'un examen médical qu'ils ont été contaminés (dans leur pays, durant leur – parfois – long périple mais aussi en France comme l'a récemment montré l'enquête Parcours⁷). De l'avis des associatifs rencontrés c'est également l'ensemble des catégories sociales qui sont représentées (ruraux-citadins; personnes plus ou moins instruites...).

“On est moins dans un schéma comme les vagues de syriens qui fuient la guerre. On est quand même sur des populations africaines qui connaissent des réalités très différentes dans leur pays, et... qui ont des niveaux d'éducation très différents aussi, et qui ont des

attentes aussi qui vont être différentes... voilà. Nous on s'adapte à chacune”.

“Là on a reçu une fille, elle a fui l'Afrique. Quelqu'un l'a vue là-bas dans un hôpital et en Afrique on sépare les gens dans les hôpitaux et être dans cet hôpital là ça veut dire que tu es séropositif. Y'a quelqu'un qui l'a vue là-bas qui est venue le dire dans son quartier, tout le monde l'a su et l'a rejetée, même ses cousins. Y'a que sa mère qui l'a aidée.

Elle ne pesait plus que 40 kilos alors qu'elle pesait 60. Et sa mère en mourant lui a dit “écoute j'ai un peu d'argent, il faut partir”; c'est comme ça qu'elle a pu voyager”.

“Y a plein de motivations différentes et y a plein de parcours différents. Y a pas une réponse à la question “pourquoi les gens viennent” en fait. Y'a parfois des motivations qui sont extrêmement individuelles, y a parfois des violences domestiques, y a parfois des violences politiques, c'est... c'est... chaque histoire a vraiment ses particularités”.

“Après quelle que soit l'origine au pays, on a des femmes très modestes qui viennent de la campagne qui débarquent vraiment et on a aussi des femmes qui ont un niveau supérieur, un travail de cadre dans le commerce au pays, et c'est vrai que les difficultés qu'elles rencontrent ici pour le coup sont semblables à l'arrivée, le choc est le même mais elles vont s'en sortir de manière différente. On a une petite dame qui est décédée au mois d'avril elle ne s'en sortait pas très bien alors qu'au pays elle avait une bonne situation”.

Cette grande diversité de profils suppose une forte réactivité de la part des associatifs ainsi qu'une grande capacité d'adaptation (nous y reviendrons).

LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET/OU SOCIALE COMME POINT D'ENTRÉE DANS L'ASSOCIATION

Selon leur lieu d'implantation, le travail réalisé (hors les murs ou pas; médiation communautaire ou pas), leur identité (ciblées VIH ou généralistes), leur histoire et leur taille et/ou renommée, ces associations n'attireront pas les mêmes populations. Une grande association généraliste (non ciblée VIH et non communautaire) qui pratique un travail hors les murs attirera ainsi – logiquement – une population plus diversifiée qu'une petite association communautaire de quartier ciblée VIH. Le bouche-à-oreille reste, dans tous les cas, un grand pourvoyeur de nouveaux arrivants.

“C'est beaucoup la communauté, ce qu'ils se disent entre eux. On a des foyers populationnels, y a certains types de population qu'on ne voit pas du tout, parce que je pense que c'est les réseaux... Par exemple des égyptiens... Les égyptiens, je sais que la CIMADE ils nous disent que les égyptiens y en a plein qui sont à l'AME ou qui sont des demandeurs d'AME... nous on en voit jamais! A une époque y en a eu et puis ça s'est arrêté quasiment du jour au lendemain. Les indo-pakistanaï, ils sont arrivés aussi un peu subitement... en 2009 je crois et... très nombreux... et là, aujourd'hui, donc y a plus d'africains,... les flux migratoires actuels, c'est ceux-là... mais c'est... par exemple la première nationalité africaine, c'est les ivoiriens. Ils ont augmenté, depuis un an, c'est incroyable”.

C'est le cas également du travail communautaire réalisé via la présence, de longue date au sein de l'association, d'un ou plusieurs médiateurs d'origine spécifique (africaine, chinoise, roumaine...). Les paramètres linguistiques et culturels mobilisés au sein de l'association jouent pour beaucoup dans le profil des populations accueillies.

Les associations interrogées œuvrant toutes dans le domaine de la prise en charge sanitaire et sociale et presque toutes dans le domaine

du VIH (même si elles ont tendance à généraliser leur offre vers d'autres pathologies chroniques), il n'y a pas lieu ici de s'interroger sur les mobiles d'accueil de nature, logiquement, sanitaire et sociale.

Dans ce cadre, différents cas de figure se présentent, particulièrement si l'association est affichée généraliste.

“Y a des maladies chroniques, pas mal. Y a beaucoup de diabète-hypertension, y a des gens qui viennent parce qu'ils sont à la rue, qu'ils ont mal au dos, qu'ils ont... des problèmes de peau, y a des gens qui viennent parce qu'ils ont pas vu un médecin depuis super longtemps”.

Par le bouche-à-oreille entre primo arrivants se transmettent des informations – plus ou moins précises –, qui les amènent également à solliciter l'association en vue d'améliorer leur statut. Cette prise de contact sans demande précise et/ou très claire reste, pour l'association un moyen d'entrer en relation et de questionner l'état de santé de la personne.

“Ils ont bien compris une chose c'est qu'il fallait qu'ils passent par ici à un moment. Ils arrivent, ils disent “ouais j'suis malade j'veux voir un médecin...”, bon, ils savent pas trop mais en fait nous on donne une carte orange aux gens qui viennent ici, qui est notre carte de suivi interne qu'on tamponne à chaque fois que les gens viennent, et y en a qui ont ce truc desedire: “jedoisveniricipouravoircettecarte”, parce que, après ça va me permettre d'autres choses. En fait cette carte... le fait d'avoir été vu chez nous, ça sert de preuve de présence, pour demander l'AME trois mois plus tard. Donc y en a qui ont des bribes d'informations là-dessus, donc qui viennent, qui disent “oui j'suis malade”, mais ils ont pas forcément



...LE BOUCHE-À-OREILLE RESTE, DANS TOUS LES CAS,
UN GRAND POURVOYEUR DE NOUVEAUX ARRIVANTS...

besoin de voir un médecin. Mais après c'est aussi des gens qui n'ont pas vu de médecin depuis super longtemps, qui sont exposés à des risques de maladies infectieuses, et donc on les fait passer comme ça, on les teste en même temps, et puis on les sensibilise, on voit si y a pas un truc qui traîne, des hépatites...”

Ces examens peuvent être à l'origine d'une découverte de la séropositivité. D'autres l'apprennent ailleurs, à l'occasion d'une hospitalisation, d'une campagne de dépistage. D'autres encore se sachant malades vont d'eux-mêmes à l'hôpital pour y être traités. Ils sont alors orientés par les professionnels (médecins, assistantes sociales) vers les associations (notamment ciblées sida) qui ont, en amont, réalisé un important travail d'information auprès des hôpitaux pour se

faire connaître. Dans tous les cas c'est tout un travail de remobilisation de la personne en vue des soins qui devra être réalisé par les associatifs.

“Il y a deux principaux cas de figure : ceux qui ont fui le pays à cause de la maladie en raison d'un rejet très très grand de la communauté, de la famille etc. au pays d'origine, donc elles viennent en France dans l'objectif d'accéder aux soins. Et il y a ceux qui viennent en France pour d'autres raisons que les raisons de santé mais découvrent très rapidement en France qu'ils sont atteints du VIH : un malaise, un état de santé qui les amène à l'hôpital, aux urgences principalement et là examen sur ce qui se passe et là annonce de la pathologie; Donc à ce moment-là c'est des gens très éprouvés hein qui arrivent ici”.

3

VIOLENCES ET STIGMATISATION

Si les questions liées à la santé, au VIH, constituent la plupart du temps les raisons d'une première prise de contact avec les associations interrogées, d'autres problématiques se révèlent progressivement qui témoignent de l'ampleur des difficultés de la plupart des migrants à leur arrivée en France. Ces problématiques (sociales, culturelles, psychologiques...) qui viennent s'ajouter à la séropositivité ou à la maladie sont importantes à connaître et à prendre en compte car elles pèsent sur le recours aux soins et la régularité des suivis (elles entrent pour une grande part dans la constitution des "perdus de vue")⁸.

À la violence du départ du pays, d'un arrachement des liens familiaux, de la perte des réseaux sociaux et professionnels s'ajoute régulièrement la violence d'un parcours jusqu'au pays d'accueil, particulièrement chez les femmes.

"Les parcours sont plus compliqués chez les femmes. Elles subissent des violences que les hommes subissent aussi mais d'autres manières, d'autres formes. On entend quand même souvent parler d'abus sexuels le long de la route, de viols multiples, elles laissent des enfants... Alors les hommes aussi bien sûr mais soit c'est moins dit, soit y'a plus de résistances, soit à un moment donné y'a eu aussi de la violence de la part de ces hommes et du coup ça relativise... En tous cas je pense que d'être une femme c'est une fragilité au départ".

L'arrivée en France, même si elle a été préparée en amont via des prises de contact et l'assurance d'un accueil au sein de la communauté, vient pour beaucoup prolonger ce contexte de violence, de solitude et d'incertitude.

"On a beaucoup de désillusions. On a plein de gens qui arrivent en France pour retrouver quelqu'un, qui arrivent et, en fait, qui se

rendent compte que... la personne qui devait les accueillir elle va pas les accueillir. Mais... mais qui dans tous les cas sont quand même mieux ici... en difficulté, en France, que, en train de mourir de faim chez eux.

Donc... voilà, nous on accompagne plutôt sur... sur comment on va faire pour qu'en France ça se passe le mieux possible pour eux, si c'est leur souhait de rester là.

Ces attitudes de rejet sont également régulièrement motivées par la peur du sida de la part des compatriotes installés en France.

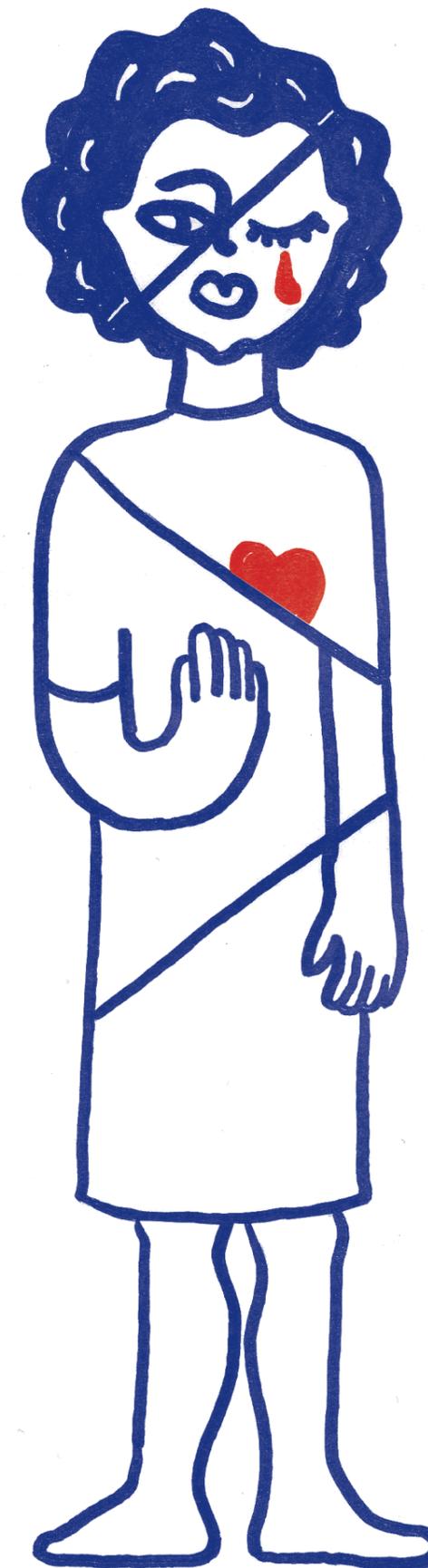
"On a pas mal de personnes qui arrivent ici, ça fait une semaine qu'ils sont en France, 3 jours qu'ils sont à Paris, ils ont plus ou moins un compatriote dans le coin qui va héberger un temps jusqu'à la découverte de médicaments, d'ordonnances où là les hébergeants vont dire "ben c'est dehors, cette maladie là on veut pas en entendre parler chez nous, on a des enfants, on a peur pour les conjoints", donc des gens qui arrivent ici en grande détresse généralement".

L'environnement lui-même, est susceptible de constituer un facteur de trouble voire d'exclusion tant il est en rupture avec le lieu de vie d'origine. Là encore l'aide rapprochée des associations s'avère cruciale.

"On a souvent des personnes qui viennent d'arriver en France depuis extrêmement peu de temps, et qui n'ont pas de repère spatial... qui ne peuvent pas prendre le métro... Ils ne connaissent pas. C'est pas leur repère du tout, c'est pas leur environnement... On va en trouver qui ne savent pas lire..."

ils sont seuls aussi. Qui ne savent pas lire, qui ne savent pas se repérer dans le métro,

**...À LA VIOLENCE DU DÉPART
DU PAYS, D'UN ARRACHEMENT
DES LIENS FAMILIAUX, DE LA PERTE
DES RÉSEAUX SOCIAUX
ET PROFESSIONNELS S'AJOUTE
RÉGULIÈREMENT LA VIOLENCE
D'UN PARCOURS JUSQU'AU PAYS
D'ACCUEIL, PARTICULIÈREMENT
CHEZ LES FEMMES...**



qui ne savent pas se repérer dans la ville, (...). Je pense à une dame qui arrivait d'Afrique et qui ne savait pas prendre le métro, qui était catastrophée, les escalators c'était un truc, elle n'avait jamais vu ça de sa vie donc on l'accompagnait". Nous faisons notamment référence ici aux travaux réalisés dans le cadre de la commission inter-corevih "Perdus de vue" en Île-de-France. Un patient sera désigné comme "perdu de vue" à partir d'un arrêt de suivi de 12 mois.



LE TRAVAIL DE “CAPTATION” DES ASSOCIATIONS AU CŒUR DE LEURS ÉVOLUTIONS DES PARCOURS VARIÉS DOMINÉS PAR LA VIOLENCE ET LA PRÉCARITÉ

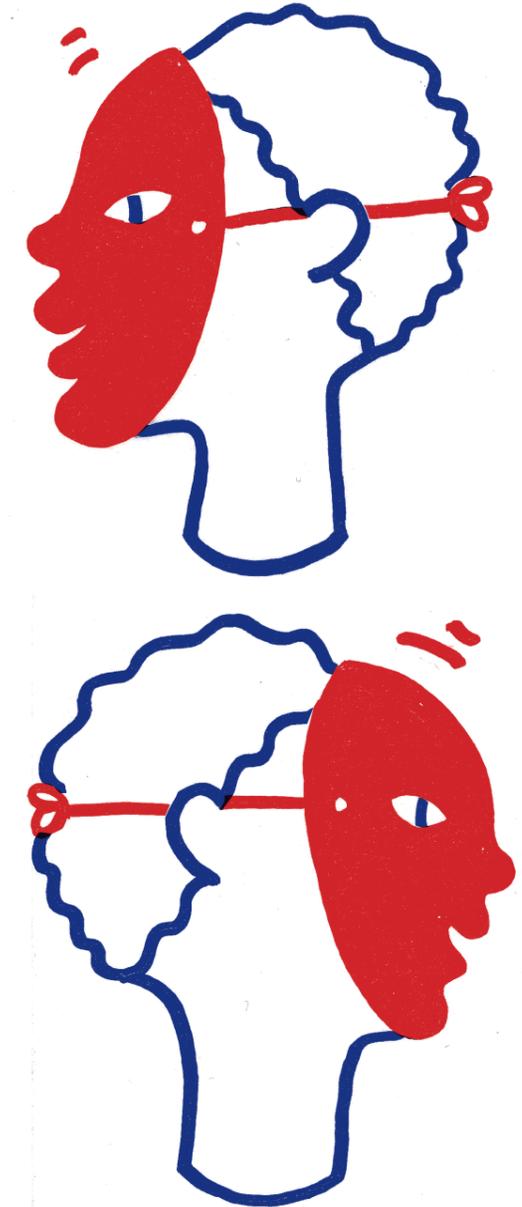
“Capter” les populations en vue de démarches d’informations, de prévention, de dépistage et/ou d’accompagnement est au cœur du travail des associations rencontrées. Cela leur impose une réflexivité permanente sur leurs pratiques, leur efficacité, leur capacité comme l’a souligné J. Faget, spécialiste de la médiation, à “produire du flux, du mouvement, à créer de nouveaux espaces”⁹, là précisément où les institutions peinent par leur lourdeur, leur inertie, à suivre les évolutions au plus près des terrains. Cette capacité réflexive se manifeste à travers une interrogation régulière sur les populations accueillies et une adaptabilité aux évolutions de toutes sortes (traitements, techniques de dépistages, nouvelles possibilités de financement...) liées aux VIH. Indispensable pour demeurer au plus près des populations et problématiques les plus cruciales en termes sanitaire et social, ce travail de captation représente également pour les associations un moyen stratégique de maintenir leur activité voire de l’inscrire dans une certaine durée.¹⁰

ÊTRE EN CONTACT AVEC LES POPULATIONS

Dépister le plus possible d’individus, capter les séropositifs qui s’ignorent comme tels est une préoccupation constante des associations. Elle nécessite d’interroger régulièrement la capacité de l’association à toucher les publics et de repenser l’organisation des actions. Il s’agit d’être en contact avec les populations qui leur échappent encore, parfois les plus vulnérables.

“Comment être en contact avec les niches du VIH/SIDA? (...) Ca peut être une population très très diffuse, quand ces populations ne vivent pas en communauté, comme ça peut être le cas pour certaines communautés, notamment, certains subsahariens, qu’on ne rencontre que dans certains lieux de vie organisés et regroupés comme dans les foyers de travailleurs migrants par exemple, ou alors les hommes qui ont des rapports sexuels avec d’autres hommes. Je pense à l’autre côté du périph en banlieue pour la simple raison que quand on traverse le périph’ il n’y a plus de lieu de vie, comme homosexuel hein comme on peut l’avoir à Paris. (...) C’est pas la même réalité en banlieue, il y a des enjeux aussi culturels, qui fait que ça se fait avec, comment dire, la typologie des populations qui vivent en banlieue, leur regard sur l’homosexualité, leurs considérations par rapport à cette orientation sexuelle et que les personnes qui ont cette orientation sexuelle ne le vivent pas pleinement, ne s’expriment pas donc ça, ça reste quand même une orientation sexuelle très très problématique en banlieue, bon, ce qui fait que, à partir de 2011 on a porté une réflexion assez profonde pour se dire comment être davantage en proximité avec les personnes qui sont le plus en vulnérabilité vis à vis du VIH-SIDA et des hépatites virales”.

Certains questionnements entraînent un profond travail de repositionnement de l’association sur le plan géographique avec tout ce que cela suppose notamment en termes d’infrastructures (transports, hôpitaux...).



**“...LA TÂCHE PEUT S’AVÉRER DÉLICATE
CAR LA PROXIMITÉ CULTURELLE MISE
EN AVANT PAR LES ASSOCIATIONS
COMMUNAUTAIRES, PRÉSENTE,
AUX YEUX DE CERTAINS PATIENTS,
L’INCONVÉNIENT D’UN RISQUE DE
DÉVOILEMENT ET DE STIGMATISATION” ...**

“La réflexion a été faite de fond en comble en tenant compte de l’architecture même de la région avec l’organisation de ses transports, l’existence ou pas de services de prévention et de soins et on s’est vite rendu compte que au plus qu’on s’éloigne du cercle parisien

2

S'ADAPTER AUX ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES, TECHNIQUES, POLITIQUES ET SOCIALES

intramuros, les structures se raréfient, donc y avait un besoin d'être un peu plus en continuité des populations les plus en vulnérabilité là où elles vivent. On a déménagé pour être en proximité de ces populations qui transitent sur le tracé du RER. On est physiquement installés sur la commune mais on va rayonner sur une vingtaine de communes sur le nord et le nord-est du département”.

Les visites aux personnes hospitalisées constituent une autre forme de “captation”. Il s'agit, pour les associations communautaires essentiellement, d'aller à la rencontre des populations afin de rompre l'isolement dans lequel elles sont placées en raison de la forte stigmatisation de la séropositivité dans certaines communautés africaines.

“On fait aussi des visites au chevet des malades. C'est toujours le médecin qui identifie la personne. Toutes les personnes qui ont le VIH dans les hôpitaux, hommes ou femmes, ont leur rend visite, même s'ils ne demandent rien, le médecin nous dit c'est dans telle chambre et on y va, juste pour lui apporter un soutien moral. Parce que la plupart du temps les gens qui sont dans les hôpitaux sont coupés de leur famille, ils se retrouvent seuls. Il est à l'hôpital, personne ne lui rend visite en dehors des médecins, du corps médical. Aucune autre personne. Donc on vient rompre cet isolement et lui donner aussi la force : tu n'es pas seul, on est là à côté de toi.”

“Les patients africains sont souvent isolés lorsqu'ils sont atteints du VIH surtout. Ils ne disent pas à la famille qu'ils sont à l'hôpital. Donc on a mis en place cette action à la suite d'une recherche-action qui pointait l'isolement extrême des patients africains”.

culturelle mise en avant par les associations communautaires, présente, aux yeux de certains patients, l'inconvénient d'un risque de dévoilement et de stigmatisation (peur d'être reconnu par des personnes du pays qui sont dans la même association).

“Je lui dis ici tous les pays se retrouvent et si tu arrives et que tu vois quelqu'un de ton pays t'inquiète pas parce ce que si elle est chez nous c'est parce qu'elle est aussi concernée par la maladie. Parce ce que beaucoup d'entre elles disent dans les hôpitaux “ah mais là bas est ce qu'il n'y a pas de congolaises? Est-ce qu'il n'y a pas de camerounaises? J'ai peur que si j'arrive quelqu'un me voit et va aller parler de mon statut aux autres”.

La présence de médiateurs au sein de l'association (nous y reviendrons en détail) est signalée par toutes les associations comme indispensable à cette captation comme à l'accompagnement dans la durée.

“La médiation je pense que c'est très important. Ça apporte tellement plus que l'information, l'interprétariat etc. Le public transgenre ou le public chinois ce ne sont pas des gens qui vont facilement dans les lieux de soins, ils sont réticents. Il faut un lien, des relations de confiance, des gens qui leur fasse comprendre le système de soin (...). Le public chinois par exemple le centre médico social il est situé en plein quartier chinois mais ce n'est pas pour ça qu'ils vont y entrer”.

“En pratique les personnes vous avez beau les informer sur ce qui existe si y'a pas du lien au départ, un accompagnement, ça marche pas”.

D'autres ont fait le choix de sortir de leurs locaux et “d'aller vers” les populations, sur leur lieu de vie via la mise en place d'une antenne mobile.

Attirer les populations à des fins d'accompagnement passe aussi par une attention soutenue et une adaptation constante aux évolutions politiques et techniques liées au sida. Les associatifs se saisissent ainsi rapidement de la possibilité qui leur est donnée (via l'Arrêté du 9 novembre 2010) de réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH

“Dans notre département y avait un Centre de dépistage anonyme et gratuit à l'Hôpital X, à l'hôpital Y, et un autre à W. Donc ça faisait trois structures. Mais y a carrément 40 communes, donc vous voyez plus on s'éloigne, avec le maillage en terme de transport c'est pas facile hein, nous on le vit tous les jours sur le terrain, pour que ces personnes aillent dans ces structures. Donc du coup on s'est dit dès 2011, ben on va pas attendre qu'ils viennent dans les CDAG, nous on va aller vers ces populations là où elles vivent, c'est-à-dire dans les quartiers, dans les gares RER ou autres (...) On s'est donc doté des outils nous permettant d'être en cohérence avec cette nouvelle réponse, à savoir on s'est doté des unités mobiles de dépistage, donc c'est des camping-cars qu'on a aménagés pour faire du dépistage en se déplaçant, vers ces populations-là”.

C'est le cas également concernant l'Arrêté du 31 décembre 2015 autorisant l'utilisation du Truvada dans le cadre de la Prophylaxie Pré exposition (PrEP)

“Depuis l'avènement de la prophylaxie pré-exposition, il est donc prévu aussi cet accompagnement communautaire. C'est quand même dans notre projet, d'accompagner des personnes sur le long cours, donc l'association est inscrite dans une démarche de Prep”.

Avant cela de nombreuses associations s'étaient déjà investies dans les programmes d'éducation



“ON ESSAYE, AUTANT QUE FAIRE SE PEUT, DE S'INSCRIRE DANS L'OPÉRATIONNALISATION DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (...) AVEC POUR MISSION D'ÊTRE LE PLUS EN PROXIMITÉ DES PERSONNES CONCERNÉES, PAS SEULEMENT DES PERSONNES MALADES HEIN, MAIS CONCERNÉES PAR LE VIH ET LES HÉPATITES VIRALES”.

thérapeutique du patient (ETP) rendus possibles par la Loi du 21 juillet 2009 dite HPST ^{HPST pour Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires}. La médiation (nous y reviendrons) participe du même esprit que l'ETP dans le sens où il s'agit, dans un contexte de démocratie sanitaire et d'efficacité en matière de soins et de traitement des maladies chroniques, de prendre en compte les spécificités de la personne pour l'accompagner vers une forme d'autonomie.

La possibilité d'obtenir des financements incite les associations à s'engager dans certains projets. Pour autant des projets naissent également avant même d'être l'objet d'une mise sur agenda sur le plan politique. C'est le cas précisément de la médiation.

L'inscription dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) également instaurés en 2009 permet à certaines associations de s'impliquer plus intensément sur un territoire donné, de rationaliser l'offre en cohérence avec les propositions d'autres structures, toujours dans un souci de capter les populations les plus éloignées des systèmes de soins. Toutes ces actions participent également d'une culture de gestion par projet relativement nouvelle en France qui présente, par-delà les questions d'efficacité et de rationalisation des moyens, l'intérêt d'une explicitation des méthodes et une plus grande lisibilité des actions

“On essaye, autant que faire se peut, des'inscrire dans l'opérationnalisation des contrats locaux de santé (...) avec pour mission d'être le plus en proximité des personnes concernées, pas seulement des personnes malades hein, mais concernées par le VIH et les hépatites virales”.

“On travaille avec la méthodologie des recherches actions, on évalue régulièrement nos actions et à la suite de ça on ajuste.

Là actuellement on travaille sur l'ETP. Notre programme expérimental arrive au bout en fin d'année donc on travaille sur la demande d'habilitation et sur le Trod”.

La prise de contact ou le maintien du contact avec les populations passe également par une capacité à faire face à différentes formes d'évolutions politiques qui touchent de près le quotidien de ces associations. Travailler “hors les murs” pour atteindre des communautés expulsées et donc soudainement éloignées du lieu d'accueil ou réorganiser de fond en comble le soutien aux personnes accueillies en raison de la suppression d'une aide régionale aux transports ou de délais d'attente plus longs en matière d'Aide Médicale d'Etat, ces décisions prises, parfois dans l'urgence, font partie de la vie quotidienne des associations. Elles révèlent d'ailleurs une plasticité à toute épreuve.

“Les raisons de cette évolution vers l'antenne mobile...c'est multifactoriel mais ya un élément qui est lié à la... à la politique d'expulsion sur les bidonvilles qui a eu un impact... sur... la possibilité des personnes de venir se soigner, sur l'éloignement... la fragmentation des bidonvilles en plus petits regroupements, plus éloignés. C'est plus compliqué aussi de les ramener vers un parcours de soin quand ils sont expulsés tout le temps”.

“Il se trouve que l'année dernière nos budgets ont été amoindris, les budgets en général, le nombre de personnes a augmenté et c'est aussi le délai d'obtention des papiers, de l'AME qui se sont allongés. Du coup les gens restent sans rien pendant plus longtemps. Donc plus nombreux et plus longtemps ce qui fait que nous on a pas pu suivre au niveau budgétaire et que après avoir consulté les personnes, avoir fait des réunions, on a réfléchi sur ce que l'on devait privilégier, qu'est-ce

que eux pensaient qui était essentiel à leur survie en matière d'aide matérielle et les personnes nous ont dit c'est les transports : nous on veut absolument garder l'accès au pass navigo parce ce qu'on a peur d'être arrêté si on fraude dans le métro, on a peur de prendre le métro pour aller à nos rendez-vous médicaux parce que ce que là où on va se nourrir c'est loin, que le compatriote il ne me laisse pas dans la journée dans l'appartement, donc il faut que je puisse circuler et que circuler sans titre de transport est un réel danger. Donc avec eux on a pris la décision d'arrêter les tickets services, l'aide financière auprès de la chancellerie, de développer d'autres endroits où on pouvait développer ça avec d'autres”.

Il faut compter également avec les représentations de la maladie qui évoluent avec les avancées en matière thérapeutiques. Le sida est aujourd'hui une maladie chronique mieux comprise et mieux acceptée dans la société bien qu'elle reste fortement stigmatisée chez certaines communautés. Cet état de fait amène plusieurs associations à s'ouvrir aux maladies chroniques en général rendant de fait aussi plus facile leur accès à l'ensemble des populations sans toutefois baisser la garde quant aux phénomènes de discrimination.

“Là nous sommes ouverts à toute pathologie. Avec le vieillissement...On a des situations dramatiques, on a donc des cancers qui ne sont pas liés au VIH, des drépanocytaires, des insuffisances rénales terminales, des... voilà. On a d'autres pathologies bien que notre histoire nous a vraiment préparés autour du VIH, et qu'il y a encore beaucoup à faire. Notre bureau défend mordicus que malgré les progrès, ce n'est pas une maladie comme les autres, et y a encore beaucoup de discrimination”.

“Nous nous sommes ouverts aux maladies chroniques parce ce que le vih est une maladie chronique et parce ce qu'il y a aussi d'autres maladies qui prennent de plus en plus d'ampleur comme le diabète, la drépanocytose”.



LA MÉDIATION SANITAIRE AU CŒUR DE CES ÉVOLUTIONS

UNE PRATIQUE AUX CONTOURS FLOUS

L'article L 1110-13 de la Loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé précise que "la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités". Cette définition repose sur les finalités, les objectifs de la médiation sanitaire. Elle ne précise en rien les modalités concrètes envisagées pour y parvenir. La suite de cet article mentionne des référentiels de compétences qui définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs. S'il existe depuis 2001 une charte de la médiation sociale¹¹ à laquelle peut se référer l'ensemble des acteurs de la médiation, celle-ci y est essentiellement définie en terme de résolution de conflit, ce qui ne correspond pas véritablement à la médiation sanitaire. En l'absence de définition officielle quelques rares définitions existent, formulées par des acteurs locaux. L'une d'entre elles établie la médiation en santé comme "interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé créé du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder"¹². Cette définition nous semble bien situer l'éventail de l'offre de la médiation sanitaire en même temps que la place occupée ici par le médiateur. Reste que, en l'absence de formation ad hoc, il existe une grande variété des pratiques La dernière en date : la formation proposée par l'IMEA n'existe plus depuis 2005. Il existe aujourd'hui des formations comme la formation de "technicien médiation service" proposée par l'AFPA ou la formation de médiateur de santé pair en santé mentale de l'Université de Paris 8, mais pas de formation généraliste spécifiques à la médiation en santé. La médiation en santé relève ainsi plus à l'heure actuelle d'initiatives individuelles ou associatives que d'une intention véritablement collective. Elle se pratique sans être forcément identifiée comme telle et parfois même sans médiateur désigné. Une dominante toutefois : la proximité (culturelle ou linguistique...) avec la population accueillie.

I

LA PLURALITÉ DE LA MÉDIATION

Trois façons (de la plus floue à la plus précise) de désigner et de penser la médiation ont pu être répertoriées dans les discours des associatifs rencontrés.

La médiation sanitaire est pour une majorité des acteurs rencontrés rarement définie précisément. Elle est perçue dans le cadre d'un ensemble de pratiques qui mettent en scène une relation sociale¹³. A ce titre c'est souvent l'ensemble du travail au sein des associations qui est convoqué pour en parler. On peut parler en ce sens, avec le sociologue J. Faget d'un impensé de la médiation¹⁴ en tant que pratique spécifique. C'est en quelque sorte une manière "d'être avec" et de "faire", qui traverse l'ensemble des activités de l'association.

"Nous on n'utilise pas cette terminologie, pour la simple raison que ça fait pas partie de notre philosophie...c'est pas une expression qu'on utilise chez nous. De toutes les façons tous les salariés et les volontaires de l'association sont dans une démarche quasi transversale, c'est-à-dire qu'on peut être médiateur dans sa posture de militant, parce que tout le monde est militant, y compris les salariés; on peut avoir une posture de médiateur, mais aussi avoir une posture de promoteur-éducateur à la santé et comme on fait aussi du dépistage, donc y a pas une spécialisation si vous voulez en médiation au sein de l'association... Même si la démarche veut qu'il y ait toujours cette posture de médiation dans toutes nos actions".

"On est un peu dans l'esprit de l'ETP, de renforcer les compétences, pour moi, en conclusion, je dirais que c'est de la médiation, mais on va expliquer la couverture sociale, on va expliquer comment ça se passe pour avoir un logement en France, on va expliquer comment est organisée la constitution, le régime parlementaire, la république, etc., le

droit de vote, etc., on va aller au spectacle, on va faire des marches sportives, on va aller à la piscine, on va proposer aux gens d'aller à des ateliers, où, avec une diététicienne, on va apprendre à adapter son alimentation, avec le peu de moyen qu'on a, pour... voilà. Alors vous peut-être allez me dire : mais c'est pas de la médiation. Pour moi, c'est de la médiation".

Ainsi pour certains la médiation ne requiert pas forcément de médiateur. Tout le monde est convoqué au sein de l'association pour faire de la médiation. C'est une posture, une sorte d'état d'esprit, commun à tous.

"On fait de la médiation sans nous définir en tant que médiateurs, c'est-à-dire que on a pas de profil de poste salarié qui a institué le médiateur, ça n'existe pas, mais dans les missions au quotidien y a toujours une posture de médiateur".

À ce vaste ensemble de pratiques, relativement flou qui tend à diluer la médiation en santé dans l'accompagnement global des individus et à susciter par là même l'inutilité du recrutement de médiateurs en tant que tels, s'oppose une conception très précise de la médiation. Cette position défend l'idée d'un travail spécifique auprès des professionnels de santé et/ou des populations, d'un rôle particulier. Pour autant, d'autres professionnels que des médiateurs sont ici désignés, comme étant à même d'occuper ces fonctions. Ce point de vue est intéressant car, contrairement au précédent, il désigne une activité tout à fait spécifique qui nécessite des compétences professionnelles (entre le sanitaire et le social) particulières.

"On n'a pas de médiateurs ici. C'est vrai que on se pose la question de temps en temps mais ce rôle-là est vraiment tenu par les infirmiers, un peu aussi par les travailleurs sociaux mais

LA COMPÉTENCE DU "PROCHE"

là ce qui nous intéresse c'est plus le rapport aux services médicaux et c'est vrai que ça c'est plus les infirmières qui s'en chargent de faire le lien avec les hôpitaux".

La médiation en santé requiert dans un autre cas des facultés telles qu'il est très difficile pour l'association (en l'absence de formation idoine sur le plan national) de trouver le candidat idéal. Elle se heurte ici à une vision très large de la médiation comme décrite plus haut, à l'opposé des compétences spécifiques demandées.

"Nous on cherche un médiateur ethno-clinicien. C'est de la médiation en santé. C'est pour les activités d'intervention en hôpital (...). C'est-à-dire que une de nos missions c'est effectivement d'aller, à la demande des équipes soignantes, dans les hôpitaux, pour à la fois rencontrer le patient, et l'équipe médicale, (...) à la fois pour participer à des réunions de staff, essayer de donner des clés à l'équipe, et en même temps des clés à la personne (...). On cherche un médiateur interculturel formé à l'ethnoclinique. Et... en fait, j'ai reçu 80 CV, sauf que ça ne correspond absolument pas. C'est-à-dire, j'me rends compte que les gens disent "j'ai fait de la médiation à la commune de Y... dans un club de prévention avec la mairie... j'ai fait de la prévention sociale à la CAF... avec les familles..." (...) alors que nous quand on dit, un médiateur ethno-clinicien, c'est effectivement une approche d'ethno médecine quoi. Il faut quand même finalement être très adapté à la culture ici, connaître notre fonctionnement... quelqu'un qui est formé à l'ethno mais quelqu'un aussi qui va parler le bamba, le soninké, le peul. Les deux côtés en fait (...) Et on a une foule de gens qui ont fait deux mois de formation ici ou là, je ne sais pas, et qui disent "moi je vais faire de la médiation interculturelle ethnopsy", et voilà. Donc je réalise vraiment

que ce mot de médiateur est devenu tout et n'importe quoi... tout et n'importe quoi, et du coup tout le monde peut faire de la médiation".

Entre ces deux interprétations se place une vision intermédiaire de la médiation qui présente des connaissances spécifiques notamment dans le domaine de la santé, qui renvoie par ailleurs à des compétences larges dans le domaine des relations sociales et dispose de principes éthiques qui guident sa conduite. Se dessine ici la figure du médiateur en santé, professionnel identifié en tant que tel.

"La médiation ça existe ici depuis le début. Notre structure a été montée dans l'idée que les compétences qu'il nous fallait pour faire le travail qu'on avait besoin c'était les médiateurs. Et encore aujourd'hui on nous dit "mais pourquoi vous n'avez pas d'assistante sociale?", on est très bien avec nos médiateurs, c'est vraiment dans le sens de ce qu'on essaye de faire c'est-à-dire accompagner les personnes qui sont en dehors du sérail et les ramener vers le droit, vers le soin, y compris les soins de ville".

"La spécificité des médiateurs santé c'est l'accompagnement individuel et l'accompagnement individuel vers la santé. Il faut une éthique d'intervention particulière, une connaissance des structures de soins, plus intime que les médiateurs qui feraient uniquement de l'animation sociale. Et dans les informations collectives, être le garant que les choses se passent bien, de débloquent aussi la parole. C'est aussi très important. Ils ont quand même des compétences variées c'est-à-dire qu'il faut aussi savoir être à l'écoute de son public, des bénéficiaires et de pouvoir relayer leur parole quand c'est difficile de parler".

La proximité avec la population accueillie est régulièrement mise en avant par une majorité des associatifs interviewés comme étant sinon indispensable, tout au moins particulièrement bénéfique à la rencontre, la mise en confiance et l'instauration d'un accompagnement avec les personnes accueillies. Pour un grand nombre d'entre eux, l'obtention de leur poste s'est ainsi réalisée sur la base d'une proximité avec les populations accueillies que cette proximité soit linguistique ou culturelle. Pour autant ce ne sont pas les pairs qui sont ici valorisés, une certaine distance semble être requise dans le but d'une proximité également avec les institutions de santé. On peut penser qu'un recrutement sur la base d'une forme de proximité linguistique ou culturelle soit un moyen de réduire le flou lié à l'absence de savoirs faire officiellement reconnus et établis en matière de médiation sanitaire.

"Le principe de la médiation, c'est pas le principe du travailleur pair. La médiation c'est au milieu, c'est entre la communauté et la structure de santé. L'intérêt c'est que la personne elle parle la langue de la communauté, mais pas qu'elle en soit issue. C'est des positionnements qui sont différents. Et d'ailleurs les expériences de médiateurs issus de la communauté sont pas toujours des expériences très... très... très concluantes".

"Nous... la médiatrice, le prérequis c'est d'être roumanophone, mais elle aurait pu être française, y a des médiateurs français, et ils sont roumanophones. Je pense qu'il y a une sensibilité à la culture et à la manière de vivre ou aux habitudes ou à l'histoire... qu'il faut être dans l'interculturalité, dans le respect etc. mais faut... je pense que la médiation



**"LE PRINCIPE DE LA MÉDIATION, C'EST PAS LE PRINCIPE DU TRAVAILLEUR PAIR.
LA MÉDIATION C'EST AU MILIEU, C'EST ENTRE LA COMMUNAUTÉ
ET LA STRUCTURE DE SANTÉ..."**

c'est intéressant que la personne elle soit justement intermédiaire, avec une position... médiane, pas une position... issue de".

"La médiation ça peut être quelqu'un issu de la communauté ou qui connaît très bien le public, mais qui parle la langue, ça c'est sûr parce qu'il y a des subtilités de langage".

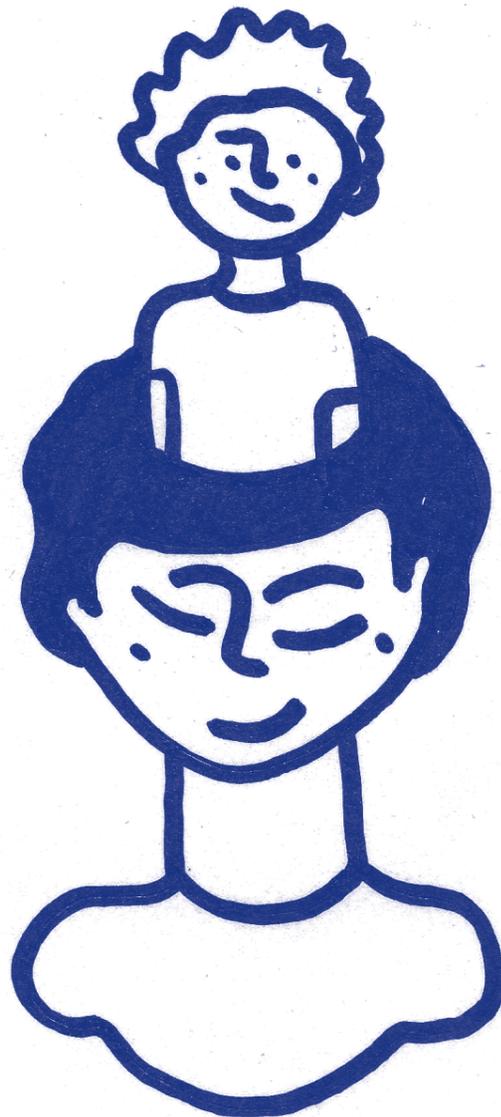
"Moi je suis camerounaise et je parle aussi anglais et français. Si à l'hôpital on rencontre une camerounaise qui ne parle pas le français mais le pidjin, je viens et je traduis. Il y a une médiatrice du Congo qui parle le lingala qui peut être sollicitée aussi. Y'a aussi une sénégalaise qui parle 3 ou 4 langues, on fait ça aussi".

Au-delà d'une proximité culturelle ou linguistique, le recrutement de médiateurs en santé tend également à valoriser les qualifications expérientielles. Le fait d'avoir (y compris en partie) un parcours similaire à la population accueillie en matière de migration par exemple ou d'être séropositif depuis plusieurs années est considéré comme un plus. Ainsi, parfois "le recrutement de médiateurs s'organise autour de la croyance selon laquelle l'identité personnelle et la ressemblance au public d'intervention peuvent être au fondement d'une identité professionnelle"¹⁵.

"Nous les médiateurs on les recrute aussi avec cette idée qu'ils ont une proximité avec le public, qu'ils ont vécu une histoire d'immigration et une histoire d'intégration en France avec tout ce que ça suppose aussi d'une période de fragilité, de précarité. Ils ont très souvent connus ça".

"Le médiateur de santé, il assure le poste mais il a pas de formation de médiateur de santé sauf que... Comme tout repose sur le soutien

**"NOUS LES MÉDIATEURS
ON LES RECRUTE AUSSI
AVEC CETTE IDÉE QU'ILS ONT
UNE PROXIMITÉ AVEC LE PUBLIC,
QU'ILS ONT VÉCU UNE HISTOIRE
D'IMMIGRATION ET UNE HISTOIRE
D'INTÉGRATION EN FRANCE AVEC
TOUT CE QUE ÇA SUPPOSE AUSSI
D'UNE PÉRIODE DE FRAGILITÉ,
DE PRÉCARITÉ. ILS ONT TRÈS
SOUVENT CONNUS ÇA"**



par les pairs, on a aussi favorisé l'embauche de membres qui sont présents depuis longtemps c'est le cas de cette personne là (...) Nos membres vivent complètement différemment d'être accompagné par quelqu'un de séropo ou de séronégatif. (...) Ce que nos membres font ressortir de façon positive c'est justement que c'est pas un infirmier, ni un médecin, ni une assistante sociale qui accueillent.

Donc d'entrée de jeu la proposition qui est faite est différente et elle sort de ce paramètre médical et social qui implique un professionnel qui bien sûr a une maîtrise de la pathologie, technique etc. mais qui n'a pas la connaissance du vécu, et c'est ça qu'ils viennent chercher chez nous en fait, de prime abord. (...) Que la personne qui fait de la médiation soit une personne séropo c'est une orientation du CA, c'est eux qui ont demandé à ce que ce soit fait par quelqu'un de "concerné", c'est le terme qu'on utilise".

Cette proximité d'expérience peut être utile au moment de la prise de contact, dans le but de nouer une relation de confiance, de rendre visible une empathie particulière, mais suffit-elle pour se placer en interface entre le malade et monde médical, pour solliciter l'attention de celui-ci au regard d'une problématique particulière? Utilisée en tant que telle et, en l'absence de compétences ou formations, cette proximité d'expérience tend à introduire un brouillage entre expérience et connaissance. Aussi précieuse soit elle au sein de l'association, elle interroge les contours d'un positionnement professionnel en médiation sanitaire.

"La formation en médiation m'a appris le contact avec l'autre. À force d'apprendre ça te permet de rectifier. Le contexte africain n'est pas le même que le contexte ici en France; Alors certes je travaille avec l'empathie

et tout ça mais j'ai compris que le contexte n'est pas le même. Donc ça m'a permis d'améliorer ma relation avec autrui. On nous a aussi appris à connaître nos limites : référer, car il faut aussi référer".

IV

LES FONDAMENTAUX

La définition de la médiation en santé, déjà citée plus haut, sous-entend un certain nombre de missions attachées à ce domaine de pratiques : “interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé créé du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder”¹⁶. Si comme nous venons de le voir, il existe dans les discours un déficit assez important en matière de définition de la médiation, dans les faits les associations rencontrées témoignent de fondamentaux qui reflètent l'existence de missions spécifiques à un tel travail. Ainsi la prévention, le dépistage, l'information, la mise en lien avec le monde médical constituent-ils des bases communes de pratique. La création d'une relation de confiance comme tout ce qui relève de la “prise en compte des spécificités” des personnes comme indiqué dans la définition officielle de la loi santé du 26 janvier 2016 se déploient, elles, à travers différentes formes de pratiques (repas, débats, rencontres...) présentes à des degrés divers dans l'ensemble des associations.

Si un flou caractérise les discours théoriques sur la médiation, l'existence de ces fondamentaux met en lumière certaines formes de rationalité, de logiques sur le plan pratique. Alors que dans les esprits, la médiation s'apparente essentiellement au travail d'interface entre les populations et le monde médical, ces fondamentaux nous montrent que ce travail s'insère en réalité dans un ensemble concret de pratiques qui concourent toutes à la définition de la médiation en santé.

I

LE TRAVAIL DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE

Les actions de prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire ou tertiaire) et de dépistage constituent une part importante du travail des associations rencontrées. L'accès à la prévention se trouve facilité par leur capacité à “aller vers” et à entrer dans les schémas culturels des populations en question. A la pointe de ces actions : les médiateurs (qu'ils se désignent comme tels ou pas) issus de communautés spécifiques ; leur proximité avec les populations constitue indéniablement un plus en matière de prise de contact et de mise en confiance.

Les informations délivrées peuvent l'être de façon individuelle mais aussi collective avec parfois, selon les thématiques choisies (dans certains cas par les personnes accueillies elles-mêmes) la présence de professionnels

“Nous discutons avec les partenaires, les maris, les partenaires sexuels. Surtout pour les personnes qui veulent devenir polygames, qui savent que leur femme est infectée par le VIH mais qui veut prendre une autre épouse ; Et là on échange avec lui on dit “il faut faire très attention, déjà elle est infectée par le VIH, elle a sa charge virale indétectable c'est-à-dire que, dans un couple stable comme le vôtre elle ne te transmet pas parce que tu es séronégatif. Mais si tu rentres dans le cercle de la polygamie vous risquerez peut-être de prendre des IST et lui filer des IST et ça va aggraver son état de santé”.

Les nouveaux traitements, nouveaux dispositifs, nouveaux concepts sont aussi à l'honneur dans ces actions de prévention. Les associations constituent à ce titre un très bon support de diffusion et d'explicitation des évolutions en la matière.

“Nous proposons des accompagnements individuels de prévention en plus des ateliers

collectifs et nous travaillons surtout les représentations, les connaissances. On permet aux personnes de parler de leurs pratiques pour pouvoir les corriger, pour pouvoir pointer la notion de risque. On s'appuie beaucoup aussi maintenant sur la Prep”.

La capacité à intervenir “hors les murs” et à aller à la rencontre des personnes notamment au sein des hôpitaux permet d'intervenir à tous les niveaux de prévention et auprès de toute sorte de population.

“Dans les hôpitaux nous ne faisons pas seulement la visite au chevet du malade nous faisons aussi la prévention auprès des personnes qui viennent faire le test de dépistage, auprès des personnes qui sont déjà au courant de leur statut sérologique mais qui viennent pour des rendez-vous parce que les personnes ont besoin d'information par rapport à la maladie elle-même et par rapport au traitement et par rapport aussi à certains soucis existentiels : est-ce que je peux encore coucher ? Et si j'accouche est-ce que l'enfant sera malade ? la vie ne vaut plus la peine... des personnes qui ont perdu l'estime de soi (...) Donc voilà aussi ce que nous faisons à l'hôpital, tout en parlant avec des personnes qui ont le VIH et qui sont sous traitement et qui ont souvent des difficultés dans la prise de leur traitement, on cherche ensemble la difficulté et ensemble on élabore une stratégie pour bien prendre son traitement. Si c'est une personne qui dit “j'oublie” on lui dit “bon il faut trouver un élément sonore. Est-ce que tu souhaiterais que on te mette une sonnerie dans ton téléphone et dès que ça sonne tu dois savoir que c'est l'heure de prendre ton traitement”. On imagine des dispositifs”.

Les actions de dépistage occupent également

FAIRE LE LIEN AVEC LE MÉDICAL OU PALLIER AUX MANQUEMENTS DU MÉDICAL, COORDONNER

une place de choix dans les actions déployées par les associations. Dépistage, en interne du VIH et hépatites bien sûr mais aussi d'autres pathologies comme le diabète et certains cancers. L'annonce de ces actions notamment aux réseaux de partenaires permet de toucher un grand nombre de personnes : les réguliers de l'association comme les nouveaux arrivants.

“Les problématiques santé ici c'est VIH, cancers, diabète. On fait des dépistages du VIH et du diabète ici. Une fois par an on fait des dépistages du cancer des reins. Ça peut arriver qu'on fasse d'autres dépistages mais on fait beaucoup diabète parce qu'on a beaucoup beaucoup de diabète dans notre public et on fait beaucoup le VIH. L'hépatite on l'a déjà fait mais comme maintenant on travaille avec Aides on attend qu'ils aient l'accord pour faire les hépatites et on fera les hépatites aussi. C'est super bien perçu, c'est toujours plein. Et puis on a ce public primo arrivant par le biais de ce bouche à oreille on a aussi 1/4 qui viennent par orientation de travailleurs sociaux, des différents services de l'état, ça représente 400 personnes par an. On nous envoie beaucoup de primo arrivants”.

La possibilité donnée aux associations habilitées de réaliser des TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et de l'infection par le virus de l'hépatite C) a ouvert une fenêtre supplémentaire en matière de dépistage et d'atteinte des populations. Il est fréquent que plusieurs structures s'associent pour mutualiser les moyens.

“On organise aussi le dépistage depuis 2011-2012 avec le corevih Nord. Nous avons mis en place un projet de dépistage hors les murs. Le corevih nous finance des tests et on travaille avec des associations comme X qui a l'habilitation,

qui fait les Trod, et nous on mobilise le public, on organise l'action. Ou alors c'est le Cegidd qui amène son équipe avec l'aide du corevih. Nous sommes en train de préparer notre dossier d'habilitation pour permettre d'organiser ça au long cours, une action pérenne où les gens puissent connaître les lieux comme un lieu de dépistage et pouvoir venir régulièrement se faire dépister, ça c'est notre projet”.

En dépit des moyens humains développés et des techniques mises à disposition, les actions de dépistage (surtout si elles sont le fait d'associations qui n'emploient pas de personnels issus des communautés) nécessitent en amont un travail de préparation important, de concertation notamment s'agissant des populations migrantes, afin d'inscrire le dépistage dans un univers de sens. Ce travail relationnel, de mise en confiance peut demander plusieurs années.

“Là je vous parle du travail dans les foyers de travailleurs migrants mais ça s'est pas fait comme ça. L'entrée dans ces structures avec toutes les problématiques autour du VIH/Sida et les hépatites virales, ça touche à la sexualité et que sais-je encore, ça a pas été facile hein, les premiers temps, c'était une grande réticence de la part des personnes, de par leurs considérations culturelles, religieuses... Il a fallu un temps de travail de création d'une relation de confiance avec les structures émergentes, notamment les médiateurs ou les médiatrices et les responsables des résidences dans un premier temps, et aussi les communautés des résidents pour pouvoir être en capacité d'intervenir on va dire de façon plus sereine qu'il y a quatre ans ou cinq ans en arrière. Mais il a fallu effectivement, un travail d'information, de sensibilisation, de conviction aussi pour que finalement nos actions soient acceptées comme telles dans ces structures”.

Facilitées techniquement, les actions de dépistage n'en nécessitent pas moins (et peut-être même plus qu'auparavant) d'être entourées de précautions sur le plan relationnel. La présence d'une médiation est requise ici en amont (nous venons de le voir) mais aussi en aval au moment des résultats s'ils s'avèrent être positifs. Les associations sont régulièrement convoquées à cet exercice d'aide à l'annonce des résultats. Cette aide humainement nécessaire est également éminemment stratégique car elle est susceptible de constituer le point de départ d'un suivi et accompagnement réguliers, évitant ainsi les perdus de vue.

“Depuis des années on nous appelle pour aider à l'annonce donc on est vraiment formés à ça à l'association, formés à accompagner une personne à qui on annonce ça. Donc on accompagne le trodeur parce que c'est le trodeur qui annonce le diagnostic donc il y a un médiateur, un membre de l'équipe qui assiste le trodeur et qui ensuite propose un accompagnement à la personne. On travaille surtout nous avec l'hôpital X, l'équipe du Dr A ou Dr B, c'est avec eux qu'on travaille depuis longtemps. On appelle les médecins pour prendre rendez-vous avec le patient, on l'accompagne là-bas pour les lers examens et au long cours selon les besoins du patient”.

“Elles sont régulièrement contactées par le médecin du Cegidd pour des annonces. Parfois aussi elles ont des personnes qui viennent directement et les orientent vers le dépistage donc dans les deux sens y'a un travail de partenariat. A chaque fois qu'elles font une annonce elles demandent le téléphone de la personne si elle accepte parce qu'elles proposent à ces personnes de revenir les voir après. Mais y'en a qu'on perd de vue”.

Bien que comme le montre la définition suscitée, la médiation se déploie dans un ensemble de pratiques, pour la plupart des associatifs rencontrés c'est dans leur rôle d'interface entre les personnes accueillies et les institutions (l'institution médicale principalement) qu'elle se situe réellement. La médiation sous-entend un échange régulier avec les équipes. Certaines associations ont ainsi mis en place des permanences au sein des hôpitaux.

“A l'hôpital on travaille en véritable collaboration avec le professionnel de santé, le jour de la permanence ils nous demandent si on a vu untel qu'ils nous ont adressé. C'est une collaboration. Quand il y a des difficultés on va vers eux, on leur explique et ça permet un meilleur accompagnement”.

Pour exister, ce travail nécessite que les médiateurs soient reconnus et acceptés en tant que tels par les professionnels. Hormis des cas exceptionnels (des médecins voire des services convaincus, par expérience, de la valeur et de l'utilité de la médiation) cette reconnaissance ne va pas de soi. Elle requiert tout un travail visant à se faire connaître et accepter. Il passe par la démonstration de son utilité, de ses capacités et compétences y compris de la part de salariés d'associations inscrites de longue date dans le champ sanitaire et social. La place des médiateurs n'est pas acquise, elle est à construire et à pérenniser.

«Ça c'est un gros travail, c'est un gros travail... avec les institutions, de compréhension du public de... de ce que c'est que la précarité, l'interculturalité et tout ça. On organise des rencontres avec des équipes soignantes... où on explique... c'est des... y a déjà ça qui est organisé, y a aussi... comme quand y a de l'accompagnement physique, y a de la discussion... avec les personnes en direct... y a

de la négociation... enfin voilà, y a du... y a du lien avec les directeurs de centre de santé... ça prend plusieurs formes en fait”.

Ce travail occupe une position particulièrement stratégique lorsqu’il s’exerce auprès de professionnels du social. Apparaissent ici des limites déjà relevées dans d’autres travaux sur la médiation⁷. Les médiateurs sans statut professionnel spécifique et positionnés comme des interlocuteurs proches des populations, créent une confusion des rôles avec les autres professionnels du social, “ils viennent menacer un espace dont ils avaient le monopole”¹⁸.

“Pour avoir vécu tout ça je dirai qu’au début y’avait juste du mépris et maintenant y’a du mépris et de l’agressivité [rires]. Donc c’est pas toujours simple. Y’a aussi plein de fois où ça se passe super bien, où on appelle les assistantes sociales, on se répartie le boulot tac tac on est efficace, ça c’est super. Nous par exemple on va peut-être plus intervenir auprès de nos camarades du champ associatif sur des aides ou penser à des trucs auxquels l’assistante sociale n’aura pas pensé, à faire un partenariat particulier qui fait qu’on va apporter notre pierre et l’assistante sociale va porter les demandes de logement, d’alloc et tout ça. Ça c’est l’idéal, ça arrive c’est pas jamais mais quand même on marche sur des œufs, on est toujours en train de... C’est une problématique quotidienne du médiateur que de réussir à faire fonctionner son binôme avec les services sociaux”.

Les compétences du médiateur qui comme l’indique J. Faget viennent “réparer des communications défailtantes entre institutions, entre segments d’institutions, entre institutions et publics”¹⁹ sont susceptibles de faire violence aux professionnels installés, placés dans des situations parfois difficiles quant à la prise en charge des

populations et dont l’institution ne dispose pas de la même plasticité que les associations. Ce fait peut être accentué par le caractère “militant” de certains médiateurs.

“Y’a une vraie reconnaissance de ce qu’on fait tant qu’on reste dans quelque chose de très humanitaire et de très caritatif. A partir du moment où on revendique les droits des bénéficiaires à un certain nombre de choses et qu’on pointe les insuffisances du système, qu’elles prennent pour elles alors qu’elles ne sont pas le système, elles sont les outils du système, là on est rappelé à notre position”.

Au fil des rencontres des partenariats s’instaurent néanmoins au grand bénéfice des populations accueillies. La place accordée au médiateur est également représentative de la capacité des institutions à se remettre en question, à prendre conscience de certaines de leurs limites.

“On les sollicite sur des séances à domicile avec des personnes qu’on suit pour lesquelles on est parfois en difficulté. Pour nous ça a été un vrai tremplin parce ce qu’on a parfois été bloqué dans les ETP parce que y’avait la barrière de la langue, de la culture, on sentait qu’on n’avançait pas parce ce que y’avait quelque chose qui n’était pas compris, avec des histoires de vie, des parcours très difficiles qu’elles elles comprennent mieux parce qu’elles connaissent l’histoire du pays. Donc on fait depuis 2015 des séances en binôme médiateur de santé et infirmières. C’est pour toutes pathologies”.

Jouer ce rôle d’interface suppose de savoir se situer dans un juste positionnement entre les deux types d’interlocuteurs : personnes accueillies et professionnels. Du côté de la personne accueillie cela passe par une attention soutenue à l’égard de tout ce qui est

susceptible de participer à sa prise en charge et à son accompagnement. Le médiateur doit savoir s’impliquer dans la situation de la personne : son parcours, ses représentations, son rapport au médical, ses rendez-vous, sa compréhension de ce qui lui arrive...

“Les personnes se retrouvent avec les résultats. Nous on a tendance à demander les CD4, les charges virales etc. et ils nous regardent en disant “mais qu’est-ce que c’est tout ça?” On leur a pas expliqué ou ils n’ont pas compris aussi, les deux sont possibles. Donc on reprend un peu tout ça, on réexplique tranquillement, s’ils en ont envie à ce moment-là et s’ils peuvent entendre les choses parce que des fois c’est compliqué tout de suite de rentrer dans le vif du sujet. Donc voilà dès qu’ils sont prêts on leur explique ce que c’est que la charge virale, pourquoi le traitement, quels sont les effets secondaires, quand il faut alerter le médecin”.

“On leur demande s’ils ont besoin pour les prochain rendez-vous d’être accompagnés pour que l’on puisse nous aussi poser les questions ou alors si le médecin explique les choses, que l’on puisse reprendre tranquillement avec la personne après ce qu’a dit le médecin”.

Du côté médical il s’agit également d’explicitier les modes de vie de certaines populations qui ne sont pas toujours compatibles avec des rendez-vous fixes, faire tomber les idées-reçues, les stéréotypes culturels, dévoiler des mécanismes de défense aussi de la part des institutions qui contribuent, dans une logique de guichet, à renvoyer des personnes “non conformes” aux cas les plus fréquents. Ce positionnement frôle régulièrement celui du militant attaché à la défense d’une cause comme le montrent les discours suivants de certains médiateurs :

“Le monde médical a beaucoup de mal avec les rendez-vous pas respectés. Sauf que les gens en précarité, les rendez-vous pas respectés, ça arrive quand même super souvent, ben ils n’ont pas trop d’agenda hein, ni de smartphone pour noter leur rendez-vous... que... le jour de l’expulsion, s’ils ont un rendez-vous médical, ben ça passe à la... 150ème priorité, et que, quand ils sont sur un mode survie, ils ont plus de mal avec le rendez-vous médical, et puis parfois le rendez-vous c’est un truc qui leur parle pas quoi. Donc oui, ça c’est compliqué”.

“Y a beaucoup d’idées reçues sur les migrants et sur ces populations-là, où... où les institutions ont l’impression que c’est... tous les roms ratent les rendez-vous, et la médiatrice quand elle reprend tout ça, en fait on voit qu’y a eu une personne qui a raté un rendez-vous, et ils ont annulé tous les rendez-vous de tous les roms. Y a un effet de loupe. Alors là on leur dit “ben sortez-nous les chiffres, dites-nous combien de fois c’est arrivé”, et quand on sort les chiffres c’est arrivé deux fois, et donc c’est devenu “tous les roms manquent les rendez-vous”. On va faire pareil avec les blonds, en fait quand y aura deux blonds qui vont rater des rendez-vous, on va dire que c’est les blonds!”.

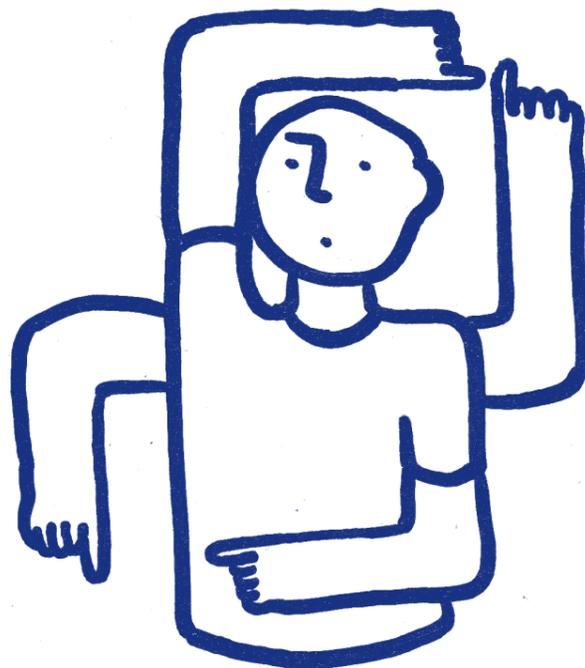
“On développe beaucoup de critères d’exclusion. Les critères d’exclusion ça permet de dire “ben en fait c’est juste que je peux pas le faire”. C’est plus simple de dire ça que de dire “j’ai pas de solution, ou en tous cas j’ai pas trouvé de solution”.

L'information des personnes accueillies fait partie des activités de base des associations. Il s'agit en premier lieu, notamment pour les primo-arrivants, de les informer sur leurs droits, sur la marche à suivre pour obtenir un titre de séjour, l'Aide Médicale d'Etat (l'AME). L'obtention de celle-ci par exemple nécessitant de résider depuis au moins trois mois sur le sol français, il importe que les migrants conservent auprès d'eux tout papier justifiant du moment de leur arrivée. Or beaucoup méconnaissent cette condition administrative.

“Le mythe de l'étranger qui arrive ici en sachant à l'avance qu'il pourra demander l'aide médicale d'état, c'est quand même... on voit pas ça hein, ou alors on en voit un de temps en temps, mais c'est vraiment pas le cas, y en a plein qui sont complètement largués avec l'AME, ils savent pas ce que c'est. Ils ne connaissent pas leurs droits...”

Y en a qui n'ont gardé aucun papier qui prouve leur présence, alors qu'ils sont en France depuis assez longtemps : “oh là là, fallait que je garde des papiers... oh là là, mais non, je suis en France depuis deux ans, j'ai rien qui prouve...” Ben on repart à zéro, donc... voilà, y a toute cette explication-là”.

Si l'explication au cas par cas est toujours possible, la plupart des associations ont mis en place des ateliers collectifs visant à informer les personnes sur leurs droits ou sur d'autres thématiques importantes en matière de VIH. Faciliter l'accès aux droits comme à toute autre connaissance utile (en matière de santé sexuelle...) permet d'accompagner la personne vers le soin et l'autonomie. Ces ateliers permettent aussi aux personnes de se rencontrer. Cela suppose de la part des associatifs une vigilance constante afin d'être au fait de toute évolution quant à la législation.



L'INFORMATION PASSE ÉGALEMENT PAR LA DÉLIVRANCE DE “COMBINES” FACILITATRICES DE LA VIE QUOTIDIENNE : LES ENDROITS POUR DORMIR, POUR MANGER...

“On est quand même dans un pays où ça légifère beaucoup, ça bouge énormément, donc de temps en temps, en plus de se dire que les personnes vont se rencontrer pour échanger leur expérience, leur vécu, on va aussi apporter des informations, sur les nouvelles avancées ou les changements légaux ou tout simplement réglementaires qui surviennent çà et là, selon les desideratas des politiques”.

“C'est très très large comme approche, alors, donc ces ateliers y a deux dimensions, y a la dimension santé et y a la dimension droit.

C'est très large, c'est vraiment l'accès au droit commun tout ce qui est titre de séjour puisque c'est ce qui revient le plus, pour des raisons de santé, mais ça peut aussi être l'aide médicale d'état, des soucis avec la caisse primaire, la CAF, tous les dossiers relatifs à la compensation du handicap lorsque les personnes sont éligibles”.

Ces ateliers, selon les thématiques choisies, font parfois intervenir des professionnels de santé. Ils offrent en ce cas une possibilité de rencontre inédite, en dehors du colloque singulier ou des cadres institutionnels, entre les professionnels et les populations sur des thèmes parfois choisis par ces dernières.

“Les bénévoles ici ce sont des médecins que nous sollicitons pour l'information et la formation de la femme; Pour qu'elle comprenne de quoi elle souffre, comment gérer sa maladie, comment bien prendre son traitement. Nous n'avons pas de médecin ici. On sollicite à titre bénévole les médecins, les psychologues, pour venir informer les femmes. Par exemple pour l'atelier mère et enfant on sollicite une psychologue. Ce sont les femmes qui identifient en amont les thèmes sur lesquels on va débattre. Si c'est lié à la sexualité, à la gynéco, on sollicite un gynéco, si c'est le traitement, un infectiologue...”.

L'information passe également par la délivrance de “combines” facilitatrices de la vie quotidienne : les endroits pour dormir, pour manger... Elle passe alors par un important travail de repérage des dispositifs et de leurs spécificités.

“Par rapport à l'alimentation on a fait tout un repérage des endroits où on pouvait manger à Paris et les conditions : debout, assis, dans une file d'attente, en fonction de la fatigabilité des gens”.

Les informations délivrées aux personnes accueillies concernent différents thèmes sanitaires et/ou sociaux. Elles comblent des lacunes que l'on peut qualifier de théoriques (connaissance des maladies; des médicaments, de l'organisation sanitaire en France...) mais également des lacunes sur le plan pratique qui visent à fournir aux personnes accueillies les moyens de leur autonomie. Il s'agit globalement, à terme, de renforcer la capacitation des personnes. Cette traduction de “l'empowerment” sous-tend la prise en charge de l'individu par lui-même, au niveau de son avenir médical ou social mais aussi économique, professionnel, familial. Elle passe en premier lieu par l'obtention de documents administratifs ou d'aide sociale : titre de séjour ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) dont les associatifs ou parfois leurs partenaires du secteur social font la demande. Les délais administratifs nécessaires à l'obtention de ces documents obligent à un temps d'attente relativement long que les associations mettent à profit dans d'autres formes d'accompagnement. Cet accompagnement passe à la fois par du “faire” (rencontrer les soignants et autres partenaires; reprendre les explications avec la personne...) et du “non faire”; il s'agit aussi de ne pas être interventionniste, de laisser à la personne le temps de se poser, d'assimiler son parcours difficile, l'annonce de sa séropositivité... pour pouvoir ensuite rebondir, à chaque nouvelle étape.

“Dans un premier temps on va surtout accueillir c'est-à-dire ben laisser les gens un peu s'écrouler, laisser les gens être sidérés ici, en leur disant qu'ils sont au bon endroit, qu'on va pas se précipiter, qu'ils peuvent venir et qu'on va accompagner, suivre, expliquer ce qui se passe.

Essayer de mettre en place aussi des recherches d'hébergement parce ce que

beaucoup de personnes sont en recherche d'hébergement et puis ouverture des droits de l'AME, de commencer à rassembler les pièces nécessaires pour obtenir un titre puisque pour cause de maladie généralement les gens vont avoir un titre c'est certain".

"Il y'a une première phase qui est "allez on souffle, vous êtes au bon endroit", soit parce qu'ils viennent de débarquer en France, soit parce ce qu'ils viennent d'apprendre la pathologie et du coup c'est sujet à beaucoup d'angoisses".

"Nous on voit des gens qui parfois sont... on a besoin de leur redonner de l'autonomie en fait. Et que l'idée de la médiation nous on la voit comme un moyen d'accompagner vers l'autonomie, et surtout pas de créer une dépendance".

"Il faut aussi pousser les gens à l'autonomie. C'est renforcer vraiment les capacités des personnes mais pour ça il faut déjà qu'ils arrivent à se retrouver dans les soins, avoir des informations fiables, pouvoir expliquer autrement, reformuler en tenant compte de la personne. Connaitre les dispositifs de soins, pouvoir faire le lien entre la personne et le dispositif jusqu'à ce que la personne soit autonome".

De par sa proximité avec les soignants, le médiateur est à même de rassurer la personne sur sa situation. Si la présence de médiateurs "communautaires", par l'effet miroir qu'elle procure ("j'ai vécu la même chose et je m'en suis sorti") peut être un plus à ces moments, la relation entretenue avec les équipes médicales demeure fondamentale.

"Nous faisons de la médiation dans pratiquement 12 hôpitaux d'Île-de-France et nous servons justement de courroie de transmission

entre le professionnel de santé et les patients. En plus du professionnel de santé il y a les assistantes sociales, les psychologues et quand le patient est auprès du médecin, le médecin identifie ses besoins et s'il trouve que par rapport à ses besoins la solution doit être apportée par notre association il oriente la personne dans notre coin accueil de l'hôpital. Alors le médecin certes nous a déjà fait un feedback, par téléphone ou il vient, en laissant la personne dans le bureau il vient nous dire "voilà on a telle situation sous la main, voilà".

"Même quand une personne décrit une situation difficile à l'hôpital ben on essaye de se mettre en contact avec l'hôpital, on essaye de savoir ce qu'il se passe, "la dame nous dit que c'est compliqué pour elle de venir chez vous, est-ce que vous pouvez nous expliquer" et quand vraiment ça bloque, le Dr X fait un courrier pour retrouver un nouvel infectiologue en expliquant que la dame ou le Mr n'étaient pas forcément à l'aise avec le médecin, ou même sans expliquer ça. On a vraiment ce rôle de passerelle avec l'hôpital, de coordination de soins".

La possibilité de reprendre avec la personne certains éléments de sa situation, de réexpliquer hors de toute urgence et de toute contrainte horaire sa situation est sans nul doute un facteur d'apaisement pour la personne accueillie. Certaines associations disposent à cet effet de temps infirmiers susceptibles de prêter main forte aux médiateurs, sur le plan médical.

"C'est un des seuls lieux où ils peuvent hors hôpital répéter 4 fois la même question sans être pris pour des débiles ou s'ils ont toujours les mêmes angoisses liées au traitement ou à la pathologie ben là y'aura toujours une oreille ou quelqu'un pour leur réexpliquer sans dire "ouahh ça fait 4 fois que je vous le dis", non y'a eu plein de moments y'avait des dames ou

des messieurs en crises d'angoisse et c'était peut-être la 4ème fois ben c'est pas grave, les collègues réexpliquent et ça je pense que c'est hyper précieux".

À ce travail de mise en confiance et de coordination avec les équipes médicales s'ajoute ce que l'on peut appeler un travail de socialisation de proximité via l'organisation de repas, de loisirs divers (sports, promenades, sorties culturelles...) qui permettent aux personnes accueillies de sortir de leur isolement. Cela participe aussi à une réassurance qui les amène progressivement à prendre des initiatives quant à leur situation.

"Le repas ici est fondamental. Ils viennent pour des aides, pour manger, ils viennent pour rompre leur isolement qui fait partie de ces choses qui ont l'air d'avoir été dites et redites mais ça reste la problématique centrale. Donc ils viennent passer du temps ensemble. Y'a des repas tous les midis en semaine. L'idée

pour nous c'est pas de couvrir les besoins en alimentation, c'est d'avoir un temps de partage".

De l'avis de tous la capacitation passe aussi, par-delà la personne elle-même, par le collectif notamment l'information délivrée au sein des communautés afin d'éviter les rejets par exemple très fréquents également en France à l'annonce de la séropositivité.

"Oui, parce que le projet de vie il se construit dans le temps aussi, on n'a pas un projet de vie... d'autant plus quand on vient d'apprendre sa séropositivité comme ça et puis qu'on pense qu'on va mourir... alors, les migrants, quand la pathologie est connue ils sont à 90% rejetés. (...) Les hébergeants leur demandent de partir. C'est dans ce sens là où c'est aussi intéressant de travailler, on a quelque chose d'important à faire, au niveau de sensibiliser les gens pas touchés".

V

LE RAPPORT DE LA MÉDIATION AUX INSTITUTIONS

Comme l'a montré F. Barthélémy ²⁰, les travaux du sociologue G. Simmel peuvent être utilement convoqués pour comprendre la place spécifique qu'occupe la médiation dans notre monde social et son rapport aux institutions et autres professions. Selon G. Simmel ^{les lignes qui suivent sont une reprise de l'analyse de F. Barthélémy}, un groupe peut se maintenir soit "en conservant le plus fermement possible ses formes de telle sorte qu'il oppose une résistance quasi matérielle aux dangers qui le menacent et garde, au milieu des circonstances les plus variées, la même constitution interne"²¹, soit "par la plasticité et son élasticité", qui cède, sans doute, à la moindre pression, mais en revanche permet au corps de reprendre aussitôt sa forme première. Pour espérer se maintenir il faut alors se glisser "dans toutes les fissures", s'étendre ou se contracter suivant les circonstances et comme un fluide prendre toutes les formes possibles. Cette distinction est intéressante car elle justifie les formes particulières prises par la médiation en santé telle que nous venons de l'analyser et elle explicite certaines des réactions (de fermeture) des professionnels du travail social à leur égard. Compte tenu du manque de définition des tâches qui leurs incombent, du flou qui entoure la médiation en santé, les médiateurs sont amenés à inventer "leur mode d'intervention en situation de travail"²². Cette situation est d'autant plus cruciale qu'ils évoluent – le plus souvent – dans le cadre de contrats précaires et, comme d'ailleurs les associations qui les emploient, doivent faire preuve d'inventivité ou d'un certain activisme s'il veulent maintenir leur emploi et s'inscrire dans la durée. On comprend alors qu'une des plus importantes spécificités de ces dispositifs de médiation, qui les distingue des institutions, soit la plasticité. Une autre spécificité importante réside sans aucun doute dans la capacité de ces intervenants ("communautaires" ou non) à ouvrir un espace d'intersubjectivité, à travailler avec l'histoire d'autrui. Ces qualités constituent leur originalité et leur force; elles sont ce qui les distingue précisément des institutions et donc aussi leur raison d'être.

I

UNE PLASTICITÉ ET UNE TEMPORALITÉ COURTE

"C'est en se rendant malléables que les médiateurs gagnent une forme de stabilité"²³; nous sommes ainsi ici face à une "stabilisation intersticielle"²⁴ non pas basée sur l'autonomie professionnelle mais sur la capacité des intervenants à s'inscrire dans une dynamique, un mouvement perpétuel qui participe à leur durabilité. Il s'agit notamment de s'adapter à la versatilité d'un public extrêmement précaire, dont les conditions de vie sont peu propices à la prévoyance. Contrairement au suivi institutionnel, ce n'est pas la personne prise en charge qui est sommée de s'adapter (régularité des rendez-vous, langage...). C'est ici le dispositif qui s'efforce de "coller" aux évolutions du public.

"On sait avec un public qui est aussi dans une telle difficulté de précarité que un suivi linéaire ce n'est pas possible. Ça implique une certaine souplesse dans la façon de travailler avec les gens, un positionnement (...). On adapte ici au lieu, à nos objectifs à nos histoires".

Il s'agit d'être en perpétuelle interrogation à l'égard de tout ce qui est susceptible de permettre d'améliorer les accompagnements, de renforcer la proximité avec les personnes accueillies. Cela suppose dans certains cas d'adapter les outils pour être plus efficace dans les réponses apportées aux populations.

"Donc nous on se pose la question actuellement de... est-ce que les outils qu'on a pour communiquer avec les patients sont vraiment compris? On est en train de faire une recherche là-dessus, on fait une p'tite étude auprès de nos patients. Est-ce que par exemple il faudrait qu'on change, qu'on mette des photos sur nos documents plutôt que des plans... qu'est-ce qui est le plus visuel... parce que, ce qui est plus compliqué c'est comment eux se saisissent de l'information. Et... y a la question de la langue, et y a la question de l'interculturalité, y a

la question de... on leur dit "t'as rendez-vous à telle heure", ben y a des moments où l'heure c'est... vachement compliqué aussi.... Et quand ils arrivent avec une heure de retard, y en a pour qui c'est "non, mais j'étais à l'heure". "Ben non t'étais pas à l'heure, donc... ils sont pas contents là en fait". Donc voilà, y a... y a d'être conscient que ça prend du temps, et que, on peut pas être comme au guichet de la CAF quoi, on est obligé de vraiment s'assurer que la personne a compris".

Cela implique également de réajuster les conditions d'accueil dès que des problèmes se font sentir.

"Nous on a commencé à limiter notre nombre de public en limitant le nombre de repas. On a besoin de stabiliser notre public parce ce que sinon c'est des conditions d'accueil... Justement y' une camarade de l'hôpital qui nous a dit "j'ai envoyé une dame elle a été effrayée par le nombre de gens qu'il y avait elle a fait demi-tour"; ça c'est pas possible quand on entend des choses comme ça, on se dit il faut qu'on s'organise, qu'on puisse bien accueillir les personnes.

Cette plasticité qui trouve en partie sa source dans la nécessité de s'adapter aux problématiques des populations reçues s'accompagne d'un fonctionnement basé sur une temporalité courte, basée sur le présent ou le court terme, l'action et la réaction. Il s'agit d'apporter rapidement voire urgemment une réponse afin d'aider la personne dans sa vie quotidienne et aussi de maintenir un lien, éviter qu'elle ne soit "perdue de vue". Répondre rapidement et au plus juste à une situation donnée suppose, un peu paradoxalement et compte tenu de la complexité de certaines problématiques, de prendre du temps auprès des personnes mais dans l'ici et maintenant.

"Ils viennent ici sur rendez-vous. On essaye

2

L'IMPORTANCE DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES OU DES PRATIQUES DE PROXIMITÉ

d'avoir des rendez-vous sur une semaine maxi. Bon des fois avec les congés etc. ça peut être un peu plus long mais on essaye vraiment d'être dans des réactivités courtes parce qu'on sait très bien que les gens sont dans des situations d'urgence, de sidération".

Cette temporalité courte est aussi ce qui distingue ces dispositifs de médiation des logiques institutionnelles inscrites dans une temporalité longue. A cela s'ajoute des différences organisationnelles importantes : l'institution fonctionnant sur une base verticale, hiérarchisée avec une moindre autonomie des acteurs, alors que les associations évoluent sur un mode horizontal, faiblement hiérarchisé qui valorise l'autonomie professionnelle et la prise d'initiative.

Demeurer dans cette dynamique implique également de savoir organiser des partenariats afin de pallier à certains manques en matière de ressources internes.

"Donc la langue c'est important mais ce n'est plus un critère. On travaille avec un maximum d'asso pour essayer d'avoir des traducteurs, on s'échange des médiateurs de différentes asso pour essayer d'avoir la traduction".

Cela peut se faire par la sollicitation d'autres associatifs ou alors par une immixtion dans une organisation du travail déjà existante notamment à travers la création de liens avec des professionnels installés. Nous avons vu précédemment que ces liens n'allaient pas de soi. La venue des médiateurs brouille en quelque sorte les zones de compétences des travailleurs sociaux lesquels, fragilisés par cette forme de concurrence dans l'exercice de l'action sociale, leur oppose régulièrement un réflexe de fermeture. Il leur faut alors "faire leurs preuves" pour qu'un travail en commun se mette en place.

Cette plasticité est au cœur de l'identité des médiateurs. Elle constitue une part de leur éthique professionnelle. L'absence de formation spécifique, de code de déontologie ou autre élément objectif fédérateur en terme professionnel, n'empêche pas le fait que la médiation en santé repose sur un ensemble de valeurs qui étaye les pratiques et leur donne sens.

L'absence de cursus de formation en amont, propre à constituer des corps professionnels, de même qu'un "esprit de corps" ne constitue pas forcément une limite en soi. Elle est compensée par une éthique personnelle quasi militante, que se partagent la plupart des intervenants en médiation sanitaire rencontrés.

"C'est quand même un peu la bataille c'est pour ça que je dis militant parce que du premier au dernier il a toujours fallu se battre auprès des personnes. La spécificité du médiateur je pense que c'est d'être à côté, d'être en soutien, d'être à côté, d'avoir plus de temps pour écouter. On n'a pas les mêmes rythmes que les assistantes sociales. Sur le papier une AS elle a les mêmes missions qu'un médiateur sauf qu'on n'a pas la même histoire, c'est pas les mêmes histoires professionnelles et du coup c'est pas les mêmes méthodes professionnelles non plus; Du coup on travaille pas exactement de la même manière".

Le déficit en termes de définition des tâches est contrebalancé ici par une proximité importante avec les populations reçues qui permet aux intervenants de répondre au plus près des demandes. Il s'agit d'une proximité culturelle comme nous l'avons vu précédemment à travers "la compétence du proche" mais surtout d'une proximité sociale, relationnelle que l'on ne trouve pas ou peu dans les institutions de droit commun pour plusieurs raisons : rotation du personnel, manque de temps... Prendre le temps d'écouter la personne, de cerner sa problématique : un luxe que ne peuvent généralement se permettre les institutions.

"Aujourd'hui je dirai aussi qu'on a presque le luxe de pouvoir prendre le temps d'écouter, accompagner physiquement les personnes... On a des conditions de fonctionnement financières qui sont difficiles mais on a un vrai luxe d'accompagnement dans le temps"

"On passe beaucoup de temps à expliquer les choses. Nous on travaille, on essaye de les amener sur les structures de santé, donc... quand on leur dit "voilà, on veut faire un rendez-vous, dans tel hôpital, tel jour à telle heure", on reprend le temps de bien expliquer, "t'as bien compris...?" On a pris rendez-vous pour eux, on leur a fait une lettre d'orientation, on leur donne un plan, on leur explique le truc, s'il faut on leur donne un ticket de métro, et on prend vraiment le temps de leur expliquer, de s'assurer qu'ils ont compris, s'il faut qu'il y ait un traducteur pour leur expliquer, on prend un traducteur pour leur expliquer, c'est pas... voilà... y a un temps de... de s'assurer que la compréhension est juste. Par exemple, un plan... vous avez l'habitude d'utiliser un plan? On donne un plan à des gens, y a des gens, ils regardent, ils savent pas du tout ce que c'est, ce truc, il n'y a aucune habitude... de ce genre de repère dans l'espace".

La plasticité du cadre de travail est telle que les pratiques quotidiennes des médiateurs dans le cadre de l'accueil dépendent de ce que les personnes accueillies attendent d'eux. Il n'y a guère finalement ici de tâche spécifique qui soit valorisée au-delà de la présence, l'écoute, l'établissement d'un lien de confiance avec l'assurance du non jugement. Cette ouverture de principe est perçue comme fondamentale pour l'accueil du tout-venant. Elle se fonde sur la nécessité de créer du lien autrement, en partant de la personne, de sa situation et en la reliant si possible à un contexte médical.

"C'est un lien de confiance car qu'on le veuille ou non on ne pourra jamais tomber dans un système de soin formidable où l'accueil des personnes est hyper sympa, non stigmatisant, que les personnes trans, les personnes homo s'y sentent extrêmement à l'aise... Ça c'est le système idéal mais le système tel qu'il existe il n'est pas comme ça. Il faut du lien et ce lien c'est pas uniquement des courriers des médecins, c'est aussi du lien humain, de l'interface. Et les personnes vont dire au médiateur autre chose en plus...".

"Si c'est un migrant, qu'il n'arrive pas à prendre le repas de l'hôpital parce ce qu'il n'en a pas l'habitude, on sollicite le médiateur de chez nous. On leur fait des repas africains et on va le leur donner à l'hôpital autant de temps que ça mettra, jusqu'à ce que la personne prenne des forces. Ça peut être deux semaines, un mois. Notre mission c'est aussi que la personne puisse manger pour bien prendre aussi son traitement".

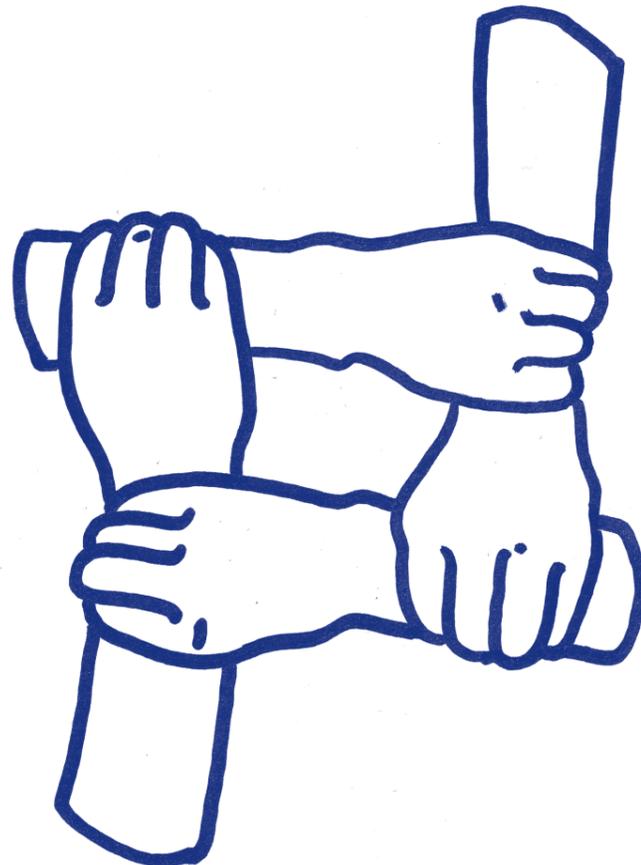
Comme le souligne J. Faget, cette prise en compte de l'expérience globale de la personne (sur le plan sanitaire, économique, social, psychologique et culturel), de son identité tout entière, se démarque des pratiques ins-

titutionnelles plus verticales, descendantes, rationalisées par un savoir expertal. "Cette évolution constitue une rupture profonde avec les pratiques autoritaires longtemps en vigueur dans ce milieu, car elle intègre l'expérience du sujet souffrant, sa façon de vivre la maladie, de ressentir la douleur"²⁵. L'idée n'est pas nouvelle; elle est l'aboutissement d'un long parcours depuis les débuts de l'organisation de la lutte contre le sida et l'implication des associations (homosexuelles notamment) dans l'accompagnement des malades. L'attention portée au repas par exemple, loin d'être anecdotique, signale l'établissement d'une communication intersubjective qui dépasse, dans un premier temps, la question du soin, du traitement, pour le réintroduire ensuite. La reconnaissance d'autrui dans sa singularité comme point de passage obligé de son adhésion

aux soins. Une reconnaissance de son histoire, de son parcours à partir duquel il sera en mesure de se penser dans le présent et d'envisager l'avenir.

Les médiateurs "communautaires" qui partagent la même langue, qui ont connu des trajectoires similaires ou sont de la même origine culturelle que les personnes accueillies disposent indéniablement ici d'atouts supplémentaires. Leur connaissance du pays d'origine, leur compréhension des parcours de migration tendent à accélérer le processus de reconnaissance et par là même la capacité de la personne accueillie à adhérer au processus de soin. Certains professionnels médicaux mis en échec dans la prise en charge de patients étrangers font appel à eux pour les aider à débloquer certaines situations. On voit que, ces rencontres mettent en scène, dans le temps, une forme de recon-

**C'EST UNE MANIÈRE D'ÊTRE
ENSEMBLE QUI SE JOUE ICI PAR
LA MISE EN PLACE D'UN CADRE SOUPLE,
UNE ATTENTION SOUTENUE AUPRÈS
DE LA PERSONNE, UNE VEILLE
CONSTANTE VISANT À MAINTENIR
UN LIEN COÛTE QUE COÛTE.**



naissance de l'autre, de sa sensibilité, de son droit à l'hésitation voire à la fuite. C'est une manière d'être ensemble qui se joue ici par la mise en place d'un cadre souple, une attention soutenue auprès de la personne, une veille constante visant à maintenir un lien coûte que coûte.

"Pour nous ces médiatrices ça a été un vrai tremplin parce qu'on a parfois été bloqué dans cet ETP parce que y'avait la barrière de la langue, de la culture, on sentait qu'on n'avancait pas parce ce qu'il y avait quelque chose qui n'était pas compris, avec des histoires de vie, des parcours très difficiles qu'elles elles comprennent mieux parce qu'elles connaissent l'histoire du pays. (...) Et ce Mr donc pas convaincu du résultat qu'on lui a annoncé a été perdu de vue. Elles ont essayé de le contacter, ont laissé des messages etc. pas de nouvelles et puis un jour il a appelé. Il a repris contact (...) il avait une apparence de clochard, dormait dans la rue. Ils ont eu un entretien où il a pu raconter tout son trajet migratoire depuis l'Afrique jusqu'en Europe en passant par le Maghreb. En racontant aussi son histoire et l'histoire de sa contamination. Et elles ont pu le diriger à nouveau vers un médecin infectiologue. Petit à petit il a été rassuré, on a pu mettre en place des démarches de prise en charge, des traitements, des démarches administratives. Et elles ont défini donc différents rendez-vous avec lui. (...) Et c'est un monsieur qui avait une charge virale indétectable, qui venait à tous ses rendez-vous qui était très curieux et qui a beaucoup appris. Y'avait une belle progression de ses connaissances. Il a trouvé un emploi, il est encore dans un foyer et c'est une réussite! Par contre où on est vigilant c'est que c'est quelqu'un qu'on contacte régulièrement parce que tout n'est pas encore stable donc on le contacte régulièrement tous les 2-3 mois on rappelle et on demande s'il veut nous revoir".

VI

LA MÉDIATION : UN OUTIL (D'AIDE AU CHANGEMENT) OU UNE FIN EN SOI ?

La définition de la médiation en santé, déjà citée plus haut, sous-entend un certain nombre de missions attachées à ce domaine de pratiques : "interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder"¹⁶. Si comme nous venons de le voir, il existe dans les discours un déficit assez important en matière de définition de la médiation, dans les faits les associations rencontrées témoignent de fondamentaux qui reflètent l'existence de missions spécifiques à un tel travail. Ainsi la prévention, le dépistage, l'information, la mise en lien avec le monde médical constituent-ils des bases communes de pratique. La création d'une relation de confiance comme tout ce qui relève de la "prise en compte des spécificités" des personnes comme indiqué dans la définition officielle de la loi santé du 26 janvier 2016 se déploient, elles, à travers différentes formes de pratiques (repas, débats, rencontres...) présentes à des degrés divers dans l'ensemble des associations.

Si un flou caractérise les discours théoriques sur la médiation, l'existence de ces fondamentaux met en lumière certaines formes de rationalité, de logiques sur le plan pratique. Alors que dans les esprits, la médiation s'apparente essentiellement au travail d'interface entre les populations et le monde médical, ces fondamentaux nous montrent que ce travail s'insère en réalité dans un ensemble concret de pratiques qui concourent toutes à la définition de la médiation en santé.

I

UNE INTERVENTION QUI PEINE À DÉPASSER LES LISIÈRES INSTITUTIONNELLES

"L'essor des pratiques de médiation n'est pas seulement un choix contraint pour mettre de l'huile dans des rouages institutionnels rouillés. La médiation comporte aussi un projet de transformation sociale et politique dans sa façon d'ouvrir la voie à la démocratie participative, à une politique de reconnaissance et à la promotion d'un individualisme relationnel"²⁸. Cet aspect est bien présent dans les relations instaurées entre les médiateurs (formés ou non) et les personnes accueillies. Il se manifeste également parfois dans les relations institutionnelles à travers le rôle "d'empêcheur de tourner en rond" des médiateurs.

"Y'a un petit côté poil à gratter du médiateur qui n'est pas toujours très apprécié partout où il va mais qui est important. Qui fait bouger les choses".

"On a eu un médecin ici qui intervenait dans le service du Pr X à l'hôpital Y (...) Et, le fait de travailler chez nous, elle a... ses yeux se sont déciliés! Elle nous disait "mais moi quand quelqu'un sortait de mon bureau à l'hôpital, avec le VIH, jamais je lui posais la question d'où il dormait, s'il avait des sous... Et le fait de voir l'envers du décor, où allaient les gens qui sortaient de l'hôpital et dans quelles conditions



"CE TRAVAIL S'INSÈRE EN RÉALITÉ DANS UN ENSEMBLE CONCRET DE PRATIQUES QUI CONCOURENT TOUTES À LA DÉFINITION DE LA MÉDIATION EN SANTÉ."

LA PROFESSIONNALISATION EN QUESTION

ils vivaient, au niveau de l'imprégnation comme ça, elle nous a dit qu'elle accueillait plus les gens pareil après à l'hôpital".

Au-delà de ces exceptions, les relations institutionnelles (avec les services médicaux, les services sociaux...), sont jugées difficiles par les associatifs interrogés, hormis dans le cas de partenariats initiés de longue date avec certains services hospitaliers et des médecins inscrits depuis longtemps dans le champ du VIH. Le changement que devait initier la médiation dans le cadre de la rencontre médecin-patient (notamment migrants) ne semble pas encore s'être réalisé. Elle est en réalité le plus souvent instrumentalisée en tant que dispositif spécifique chargé de suppléer aux difficultés rencontrées, sans remise en cause des pratiques en cours et de l'organisation du travail au sein des institutions.

"Les relations de partenariat sont en difficulté, médecin-soigné...Moi je suis atterrée, j'ai l'impression qu'on retourne en arrière, de voir comment... ce qu'on croyait avoir gagné, avec l'épidémie, où y avait vraiment une prise en compte du patient parce que le médecin, il ne savait pas, et ils cherchaient ensemble, et c'est tous les vieux de la vieille qui sont encore là aujourd'hui pour certain et d'autres partent progressivement. On a perdu ça, avec des médecins pour qui c'est une pathologie comme une autre, qui n'ont pas forcément choisi d'accompagner des migrants".

Tout se passe comme si l'appel à la médiation devenait l'alibi à partir duquel des institutionnels évitent de penser les limites de leur accueil, la remise en cause de leurs pratiques. "A la vision d'une médiation comme outil de transformation du monde s'oppose celle d'un simple processus technique de gestion de la complexité"²⁹.

"Y a un moment où... on a tellement mis en avant la médiation comme étant un truc très important que ça s'est un peu retourné. Ce n'est plus un moyen de devenir autonome, c'est, "ah nan nan, mais nous on reçoit pas des roms, si y'a pas le médiateur!". Et...On donne l'impression que les populations migrantes, qui parlent pas français, si y a pas de médiation, le droit commun ne pourra pas leur répondre".

Dans ce contexte des propositions se font jour pour repenser les spécificités de la médiation eu égard à d'autres pratiques d'accompagnement, pour réaffirmer sa place dans le processus de changement professionnel et institutionnel ce qui implique de mieux la faire connaître auprès de l'ensemble des professionnels à commencer par les médecins.

"Dernièrement avec la préfecture qui a lancé toute une démarche autour de la stratégie régionale sur les bidonvilles, et qui, sur la santé, la réponse de la préfecture avec l'ARS, c'est... pour l'accès aux centres de santé pour les habitants de bidonville, la réponse, c'est la médiation. Donc, la médiation, évidemment que c'est une réponse, c'est une réponse importante, mais il faut étendre la médiation, voilà. Bien sûr, c'est très bien la médiation, puisque nous on le défend, et que... et que, on le fait. Mais que... on n'a pas l'impression que ce soit la seule réponse, c'est un outil, mais parfois y a d'autres personnes pour qui c'est une autre réponse qui devrait être apportée"

"Peut-être que c'est le stress de l'organisation de l'hôpital, je sais pas. Mais en tous cas humainement c'est pas possible. (...) Tout le monde est co-responsable d'un système et de ce qu'il fait...La médiation elle serait bien aussi pour aller parler aux médecins non-formés dans les hôpitaux".

On pressent dans ces discours liés au positionnement intermédiaire de la médiation telle qu'elle se présente aujourd'hui, la nécessité d'une évolution vers une définition plus précise de son objet, de ses limites (où commence-t-elle? où s'arrête-t-elle?) et vers une reconnaissance sociale généralisée qui lui fait encore défaut malgré son inscription dans la loi de santé du 26 janvier 2016^{Loi dite de modernisation de notre système de santé.}

Les médiateurs des associations rencontrés dans le cadre de cette enquête ont des niveaux d'études variés (du secondaire au 3^e cycle universitaire en passant par des diplômes dans le médico-social). Ils ont, pour la plupart, suivi au moins une formation (non diplômante) depuis qu'ils sont en poste. Certains (pour les moins formés au départ) en ont suivi plusieurs. Il s'agit dans la très grande majorité des cas de formations courtes de trois semaines maximum (hormis une exception pour une personne qui a suivi la formation de médiateur en santé de l'IMEA) en médiation ou sur des thématiques spécifiques (droit des étrangers...)

"En 2014 quand je suis arrivée j'ai fait une formation de 40h avec le Crips en médiation en santé : "comment on se comporte avec les patients", sur 3 semaines, ça m'a aidé quand même sur comment s'entretenir avec les patients, le domaine social, comment poser des questions aux patients, comment l'amener à poser ses problèmes, l'écouter, l'amener à prendre les médicaments, expliquer pourquoi il faut le prendre".

"Y en a beaucoup qui font des formations en externe, par exemple, y a... pour tout ce qui est droit de séjour des étrangers par exemple, y a beaucoup de salariés qui ont fait des formations proposées par le CRIPS, le COMEDE... Y en a qui s'inscrivent dans des formations proposées aussi au niveau local, par les IREPS

par exemple, voilà, et ainsi de suite. c'est des formations sur comment monter une action... qui durent, genre maximum une semaine...".

"Elles ont toutes une formation : IMEA par exemple, formation en santé publique de base; counseling par le CRIPS; Arcat; ETP de 40h chez Pierre et Marie Curie. On encourage la formation. On pense que le terrain c'est essentiel elles ne seraient pas les mêmes sans ça mais la professionnalisation c'est très très important. Elles ont besoin de compétences complémentaires : en informatique par ex. On les soutient dans tout ce qui est recueil de données, statistiques, recueil de données pour les rapports, pour faire ressortir l'activité pour la valoriser; elles ont été formées aussi à la démarche qualité".

Ces formations thématiques courtes ne visent pas pour la plupart la médiation en santé en tant que telle^{Si l'on retient la définition donnée plus haut de la médiation en santé : "interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé créé du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder".} Elles fournissent des outils en matière de savoir-être, en matière relationnelle mais n'apportent pas de connaissances en termes médical, social, institutionnel, sociologique, anthropologique, juridique, etc. tout ce qui constitue théoriquement le socle, la boîte à outil d'un médiateur en santé, et qui lui permet de tenir son rôle d'interface aussi bien du côté des personnes accueillies que des professionnels de santé.

"Ils ont fait des formations à l'AFPA : "technicien de médiation sociale". C'est un peu compliqué pour nous parce que chacun a un peu fait ce qu'il a voulu de ces postes de médiateurs. Par exemple ils sont formés en même temps que les gens qui sont à la RATP, qui ne font pas

du tout la même chose, qui font presque de la sécurité. Donc ça c'est des formations troncs qui ne sont pas forcément très utiles pour devenir médiateur chez nous".

La fonction de médiateur, très dépendante nous l'avons vu du contexte sanitaire, médical, social, culturel dans lequel elle évolue, nécessite pour demeurer utile et donc efficace, de suivre les évolutions de toutes sortes en matière de lutte contre le VIH (nouveaux dispositifs de prévention, de dépistage, de traitement...), en matière institutionnelle, politique, juridique ou encore méthodologique (d'une conception non planifiée de l'action à la méthode par gestion de projet par exemple) afin d'être en mesure de répondre aux problématiques qui se présentent qu'elles émanent du médical ou des personnes elles-mêmes. Elle n'est en ce sens pas dépourvue de technicité. Les savoirs expérimentaux en constitue une part importante mais une part seulement, insuffisante en elle-même.

"Là on a une personne qui fait de la médiation, elle est très très bien pour... pour aider dans l'accompagnement d'une personne, et à lui faire comprendre de petites choses, etc. Et elle fait dans ce sens-là beaucoup de médiation mais que dans un sens. Elle n'a pas cette faculté de maîtriser les deux cultures... pour pouvoir faire qu'elles se comprennent entre elles. Il faut qu'elle puisse donner des outils et des billes aux équipes médicales. Donc il faut une formation pour pouvoir bien connaître notre fonctionnement et notre système ici, pour vraiment apporter des billes aux deux".

Pensée en tant qu'interface, qui sous-tend une légitimité d'action aussi bien du côté des populations accueillies que des professionnels, la médiation (celle qui se rapporte le plus à la définition donnée plus haut) implique la mobilisation de différentes ressources et

compétences. Les discours sur la médiation en santé en témoignent de façon générale : il importe depuis quelques années de fournir aux médiateurs la légitimité et les compétences qui leurs font défaut. En témoignent l'existence de séminaires sur le sujet³¹ et de projets de formation spécifiques. Mais de quelle façon lier entre eux les savoirs expérimentaux, riches, variés et des savoirs théoriques ou méthodologiques que l'on estime nécessaires au développement de la médiation en santé ? On touche ici à la notion de professionnalisation non dans sa première acception³² mais dans le sens développé récemment par R Wittorski³³ de la "professionnalisation d'une activité" consistant à formaliser des façons de faire (construction de référentiels) et ainsi de les transformer en savoirs d'actions ou savoirs professionnels ; c'est en partant des pratiques à l'œuvre sur le terrain et de la conception que l'on se fait d'un "bon" médiateur en santé que s'opère un tri des compétences validées collectivement qui permettra de développer le système d'expertise de la nouvelle profession, en somme un "marché" en la matière. Les savoirs expérimentaux dont on a bien souligné l'importance ici, loin d'être évacués, sont partie prenante de cette professionnalisation. Il importe sans doute que tout projet de formation en la matière prenne soin de valoriser ces savoirs, de les inclure dans la formation afin de ne pas se déconnecter du terrain. Il s'agit là d'une crainte exprimée par certains intervenants qui voient une limite à l'existence d'une formation ad hoc : le risque d'une déconnexion du terrain de ces savoirs expérimentaux, d'une standardisation du métier de médiateur.

"Est-ce que ça suppose une formation ? Oui ça suppose une formation, mais la philosophie au sein de l'association veut qu'on ait une posture qui est que les gens de l'association ne soient pas dans une démarche de détenteurs d'une science infuse. Parce que nous sommes

d'ailleurs dans notre philosophie initiale, une association communautaire, c'est à dire que, c'est pas parce que je suis militant et que je reçois une personne que j'aurai la prétention d'apporter une réponse à toutes ses demandes".

"Mais effectivement pour les pratiques c'est important d'avoir quelqu'un de la communauté aussi. Je pense que les mix c'est bien. Et je pense que les médiateurs plus ils auront des possibilités d'échanger entre différentes expériences plus ils s'enrichiront, c'est certain. On ne peut pas faire un seul format de type de médiateur mais une personne qui a envie d'apprendre plus et de s'immerger, c'est bien qu'elle puisse avoir des connaissances solides".

Le coût des formations est également évoqué comme venant limiter les possibilités d'évolution.

"Après dans des petites assoc' comme la nôtre, c'est le problème de laisser partir quelqu'un aussi longtemps, c'est le problème des financements, c'est le problème de... comment dire ? Enfin voilà, c'est pas aussi simple, c'est un vrai handicap quand on... quand on est peu nombreux... c'est un vrai handicap. Après faudra voir le coût aussi .

Outre ces aspects au demeurant importants, les acteurs rencontrés sont tous très enthousiastes à l'idée que puissent se développer des formations diplômantes en médiation sanitaire qui permettent à la fois de valider des années d'expérience, de niveler les savoirs à la fois pratiques et théoriques et de sortir du flou qui préside aujourd'hui à la définition de la médiation en santé".

"M est médiatrice de santé en CDI, toutes les deux d'ailleurs sont en CDI. C'est vrai

que beaucoup ailleurs sont précaires. Ici on est tous en CDI. Par contre effectivement la reconnaissance de ce qu'elles sont elle n'y est pas ! C'est extrêmement important une formation diplômante ! Pour quelqu'un qui travaille pendant des années de pouvoir valider !".

"Au moins ils auront une base, un diplôme, ce sera la même base après on pourra communiquer. Sinon vous dites "je suis médiateur" des fois c'est considéré comme interprète quoi. Là il y aura cette base".

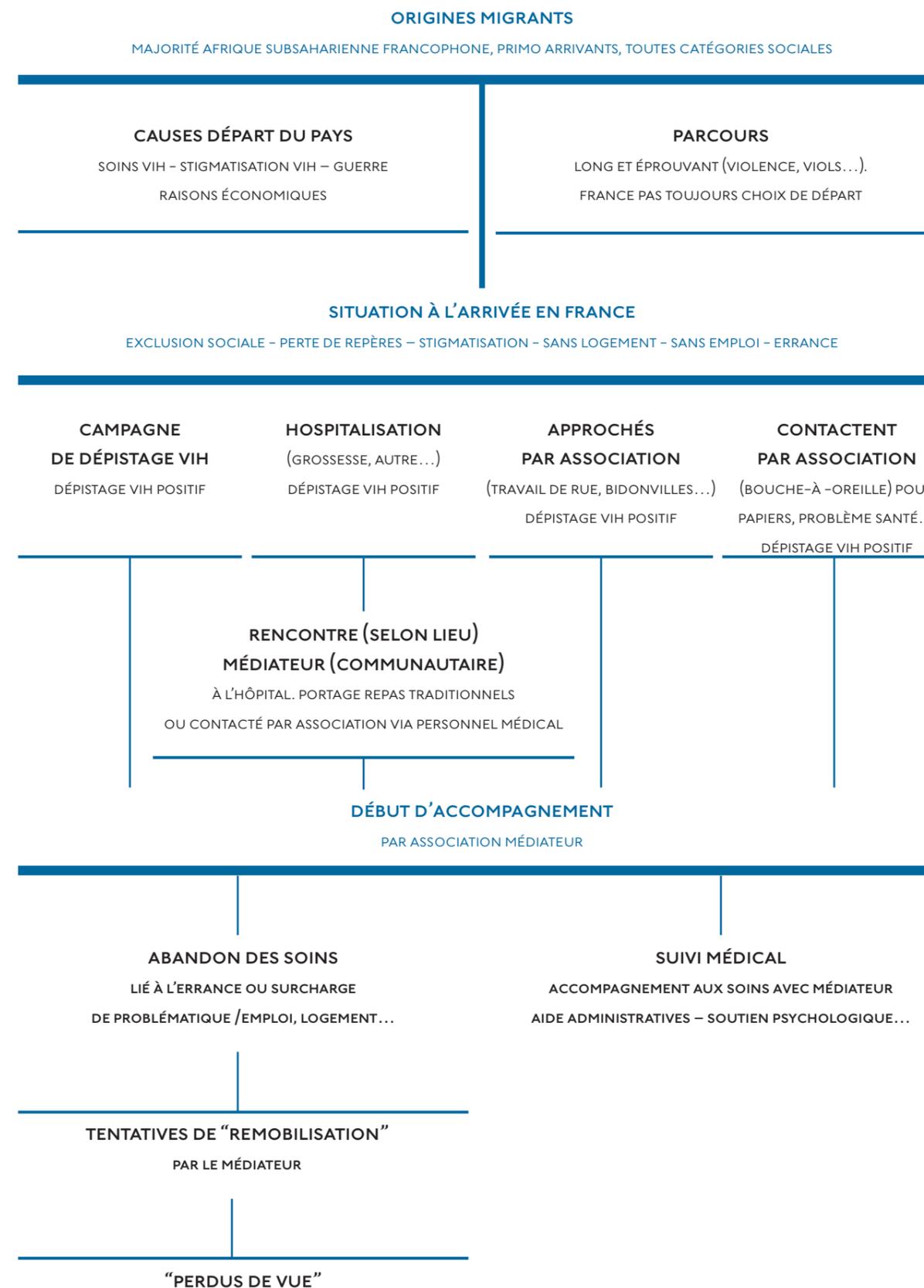
"Je pense que c'est un métier assez méconnu. La terminologie du poste... on peut entendre tout et n'importe quoi derrière. Donc oui on est très intéressés par cette réflexion sur la médiation et par une assise de ce type de poste et essayer de trouver des points communs et une trame pour expliquer ce qu'est un médiateur de santé"

CONCLUSION

La particularité de chaque histoire de migration, la diversité de profils des populations accueillies au sein des associations implique une attention particulière à des fins d'accompagnement et de prise en charge sanitaire. La médiation joue pleinement ce rôle aujourd'hui quoique de façon souvent invisible et au moyen d'un bricolage permanent, en situation de travail, avec des savoirs expérientiels (pour une bonne part) et des pratiques diverses et variées apprises "sur le tas" ou par le biais de formations courtes (information-prévention, dépistage, coordination, accompagnement vers l'autonomie). De fait, sur le terrain, la médiation ne se résume ni à une seule définition, ni à un seul type de pratique ni à un seul positionnement. Positif en un sens car il participe également de son adaptabilité à toute épreuve, de sa plasticité exceptionnelle, cet aspect de la médiation est également susceptible de lui porter atteinte dès lors que l'on envisage (c'est le sens de la loi) sa multiplication voire sa pérennisation. Car les représentations de la médiation restent floues vues de l'extérieur pour les autres acteurs professionnels et institutionnels comme de l'intérieur pour ceux qui l'exercent. Difficile dans ce contexte de penser son extension à moyen et long terme en dépit de son inscription dans l'agenda politique. Il importe sans doute de construire collectivement l'enveloppe corporelle du squelette médiation à partir de formations qui objectivent et rationalisent les connaissances (de toutes sortes) et qui prennent en compte les pratiques déjà développées ; une telle enveloppe est indispensable à sa légitimité, à sa reconnaissance sociale. La formation (théorique, pratique, méthodologique) des médiateurs en santé a sans nul doute un rôle à jouer dans leur capacité, déjà éprouvée mais de façon inégale, à toucher de nouveaux publics et à les accompagner. Une base solide de compétences leur procurerait aussi des possibilités d'évolution dans le domaine du VIH, des maladies chroniques ou d'autres champs sanitaires.

PARCOURS DE DÉPISTAGE ET D'ENTRÉE DANS LE SOIN DES MIGRANTS

RÉALISÉ D'APRÈS LES ÉLÉMENTS RECUEILLIS LORS DES ENTRETIENS



NOTES ET RÉFÉRENCES

¹ **La médiation de santé publique en équilibre précaire**, *In Transversal*, n°27, 19 oct. 2005, p. 27.

² **La médiation sanitaire auprès des personnes migrantes vivant avec le VIH : un état des lieux en Île-de-France**. Enquête réalisée par L. Dion en 2015 pour le Corevih-IDF-EST

³ **Suivi de l'infection à VIH/Sida en Île-de-France Bulletin de santé**, ORS Île-de-France, déc. 2015, n°2.

⁴ *Ibid*

⁵ **Suivi de l'infection à VIH/Sida en Île de France Bulletin de santé**, ORS Île de France, déc. 2015, n°22, p.3

⁶ Sie Dionou et al., **Programme de dépistage des virus et des hépatites dans les foyers de travailleurs migrants d'Afrique à Paris : expérience d'une approche de santé globale, culturelle et communautaire médicalisée**. 8^{ème} Conférence Internationale francophone VIH/hépatites AFRAVIH 20-23 avril 2016, Livre des résumés, S7.O3

⁷ L'enquête **Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains en Île-de-France**, coordonnée par Annabel Desgrées du Loû, Institut de recherche pour le Développement – IRD, financé par l'ANRS, démarrée en 2012.

⁸ Commission inter-corevih **Perdus de vue en Île-de-France**. Un patient sera désigné comme "perdu de vue" à partir d'un arrêt de suivi de 12 mois.

⁹ FAGET J., **Médiation et post-modernité. Légitimation ou transformation de l'action publique?**, *Négociations* 2006/2 (n°6), p.54

¹⁰ D'autant que de nombreux médiateurs sont employés sur des postes précaires d'emplois-ai-

dés comme ceux d'Adultes-relais. C'est aussi ce qu'a relevé F. Barthélémy au sujet des médiateurs sociaux. F. Barthélémy., **Médiateur social, une profession émergente ?** *Revue Française de sociologie*, 2009/2. Vol 50, p. 290

¹¹ Document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et inter-partenarial sur les emplois dits "de médiation sociale", visé par le comité interministériel des villes en date du 1^{er} octobre 2001. Cette Charte explicite les principes généraux à connaître (neutralité, respects des droits...), les attitudes du médiateur (discrétion, désintéressement...) et les conditions d'un bon exercice de la médiation sociale (aptitudes, formations, partenariat...).

¹² Blanc G., Pelosse L., **La médiation santé, un outil pour l'accès à la santé ?** Rapport d'enquête de la Fédération Rhône Alpes d'Éducation pour la santé – CRIPS, mars 2010, p. 8.

¹³ Au même titre que le travail social dont les missions et méthodes sont régulièrement qualifiées de floues, d'imprécises. Voir notamment S. Dauphin., **Le travail social, de quoi parle-t-on**, *Informations Sociales*, 2009/2, n° 152

¹⁴ Faget J., **L'impensé de la médiation : contre-culture ou soft power ?** *Empan*, 2008/4 (n°72), pp 74-80

¹⁵ Pasquier.S, Remi J., "Être soi peut-il être professionnel", le cas des médiateurs sociaux, *Sociologies, Théories et recherches* : <http://sociologies.revues.org/document1443.html>. Cité par F. Barthélémy., **Médiateur social, une profession émergente ?** *Revue française de sociologie* 2009/2 (vol.50) p. 290

¹⁶ Blanc G., Pelosse L., **La médiation santé, un outil pour l'accès à la santé ?** Rapport d'enquête de la Fédération Rhône Alpes d'Éducation pour la santé – CRIPS, mars 2010, p. 8.

¹⁷ Barthélémy F., **Médiateur social, une profession émergente ?**, *Revue Française de sociologie* 2009/2 (vol. 50), p. 275-314

¹⁸ *Op.cit.*, p. 295

¹⁹ Faget J., **Médiations, Les ateliers silencieux de la démocratie**, Paris : Eres, 2010, p. 60

²⁰ F. Barthélémy, *op cit.*, P; 289

²¹ G. Simmel, **Sociologie : étude sur les formes de la socialisation**, Paris : PUF, 1999, cité par F. Barthélémy, *op. cit*, p. 289

²² *Op. cit.*, p 288

²³ *Op. cit.*, p 290

²⁴ *Ibid*

²⁵ Faget J., *op cit*, p. 268

²⁶ Faget J., **L'impensé de la médiation : contre culture ou soft power ?** *Empan*, 2008/4 (n° 72), p. 74

²⁷ *Ibid.*,

²⁸ *Op. cit.*, p. 77

²⁹ *Op cit* p. 79

³⁰ Loi dite de modernisation de notre système de santé.

³¹ On peut citer à titre d'exemple : la soirée médiation organisée par le Corevih Est le 27 octobre 2015 : **Place de la médiation, vers une reconnaissance ?**

³² Celle des sociologues fonctionnalistes américains, c'est-à-dire le processus par lequel une activité devient une profession reconnue, orga-

nisée, contrôlée sur le modèle de la profession libérale

³³ Wittorski R., À propos de la professionnalisation, In Barbier JM., Bourgeois E., Chapelle G et Ruano-Borbalan J-C., **Encyclopédie de la formation**, Paris : PUF p. 781-793.

**Le Corevih Île-de-France-Est tient à remercier
particulièrement les associations suivantes qui
ont contribué à cette étude :**

Aides Bobigny

Ikambéré

Arcat

Fondation Léonie Chaptal - Baobab

Urac

Comité des familles

Mijaos

La Plage

Basiliade

Médecins Du Monde - CASO- St Denis

Comède

La Marmite.

Responsable projet - Christine Moucazambo, coordinatrice Corevih IDF Est

Entretien et rédaction - Nathalie Gourmelon, Chargée de mission Corevih

Secrétaire de rédaction, Blandine Botalla, chargée de mission

Création graphisme - Laurence Chéné

Septembre 2017 - Paris

MIGRANTS – VIH ET MÉDIATION EN SANTÉ

PRATIQUES À L'ŒUVRE ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTIONS

Cette enquête du Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) IDF Est s'inscrit dans les efforts de l'Inter-Corevih francilien pour favoriser l'accès au dépistage du VIH. Par le biais d'entretiens menés auprès de différentes associations communautaires dites « sida » ou « hors champ sida », nous interrogeons les pratiques de médiation en santé et leur capacité à être des leviers favorisant le recours au dépistage et contribuant à la qualité du parcours de santé des personnes migrantes vivant avec le VIH.