

**Médiateur : un métier incontournable
pour la promotion de la santé
en Guyane**

ACTES

**Guyane Promo Santé
Mission France Guyane de Médecins du Monde**

avec le concours des médiateurs en santé de Guyane

2010



Remerciements

Guyane Promo Santé (GPS) et la Mission France Guyane de Médecins du Monde (MdM) remercient l'ensemble des participants aux ateliers et au séminaire qui ont contribué à ces actes, particulièrement l'ensemble des médiateurs, l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Atelier Santé Ville (ASV) de St-Laurent-du-Maroni, le Conseil Général, la Délégation Régionale Interministérielle à la Ville (DRIV), et la Direction Générale de la Santé (DGS).

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans la mise à disposition par la mairie de Sinnamary d'une salle pour un des ateliers, et par Conseil Général de sa salle des délibérations pour le séminaire, et le soutien financier de l'ARS de Guyane, de la DGS et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Sigles.....	6
Ouvertures du séminaire.....	8
M. le Président du Conseil Général, représenté par Mme le Dr Joëlle SUZANON	8
M. le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, représenté par Mme le Dr Lucie BRUNET.....	10
M. le Délégué Régional Interministériel à la Ville, représenté par Mme Ketty SAINT CLAIR	11
Introduction	12
Un contexte favorable	12
Les ateliers sur la médiation santé en Guyane.....	14
Le séminaire « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane »	14
1. Historique de la médiation sociale.....	17
1.1 Emergence de la médiation.....	17
1.2 Vers l'institutionnalisation de la médiation sociale.....	18
1.3 Professionnalisation et reconnaissance de la médiation	20
2. La médiation en santé publique	24
2.1 Formation de médiateurs en santé publique - IMEA	24
2.2 Médecins du Monde prend le relais.....	27
2.3 Réseaux de médiateurs en santé publique	29
2.4 Intervention du Dr Thierry TROUSSIER (DGS) dans le cadre du séminaire.....	30
3. La médiation (inter)culturelle.....	33
3.1 Médiation culturelle en santé	33
3.2 Médiation interculturelle et linguistique dans l'ouest guyanais - Mama Bobi.....	34
3.3 Quelques remarques sur la « médiation culturelle » - Diane Vernon	40
4. Vers la reconnaissance des médiateurs en santé en Guyane	43
4.1 Définition et missions.....	43
4.2 Un statut, un métier	45
4.3 Des formations	46
4.4 Un réseau de médiateurs	49

5. Etat des lieux des médiateurs santé en Guyane	51
5.1 Qui sont-ils ?.....	51
5.2 Activités	54
5.3 Situation professionnelle.....	57
5.4 Employeurs	60
5.5 Formation.....	61
6. Témoignages.....	64
6.1 Témoignages des médiateurs	64
6.2 Témoignage d'un partenaire : l'ASV.....	68
6.3 Témoignages des bénéficiaires	71
7. Débat dans le cadre du séminaire.....	73
Clôture.....	82
M. François REZKI, Président, GPS	82
Bibliographie	85
Annexes	91
Annexe 1 : liste des participants aux ateliers sur la médiation santé en Guyane juill-oct. 2010	91
Annexe 2 : programme du séminaire du 18 nov. 2010.....	93
Annexe 3 : liste des participants au séminaire	94
Annexe 4 : autres témoignages des médiateurs	100
Annexe 5 : mise en place d'un réseau de médiation à St-Laurent-du-Maroni (novembre 2007) ...	107
Annexe 6 : formations et diplômes en médiation	109

Sigles

ACSE - Agence pour la Cohésion Sociale et l'Égalité
ALMS - Agent Local de Médiation Sociale
AME - Aide Médicale d'Etat
AMIS - Agent de Médiation, Information, Services
ANM - Association Nationale des Médiateurs
ARCAT - Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'Accès aux Traitements
ARMSP - Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique
ARS - Agence Régionale de Santé
ASV - Atelier Santé Ville
BEP - Brevet d'Études Professionnelles
BPJEPS - Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
CAE - Contrat d'Aide à l'Embauche
CAP - Certificat d'Aptitude Professionnelle
CASO - Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CEMEA - Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active
CGPA - Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme
CGSS - Caisse générale de sécurité sociale
CREPAH - Centre de Réalisation et d'Étude pour la Planification l'Aménagement et l'Habitat
CRSA - Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CDD - Contrat à Durée Déterminée
CDI - Contrat à Durée Indéterminée
CDPS – Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CHAR - Centre Hospitalier Andrée Rosemont
CHOG - Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
CIASIC - Centre Intercommunal d'Action Sociale de l'Île de Cayenne
CIV - Comité Interministériel des Villes
CMCK - Centre Médico-Chirurgical de Kourou
CMU (C) - Couverture Maladie Universelle (complémentaire)
CNAM - Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNCP - Commission Nationale de la Certification Professionnelle
CNFPT- Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COREVIH - COordinations REgionales de la lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine
CR - Conseil Régional
CRIPS - Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
CUCS - Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DAAC - Développement, Accompagnement, Animation, Coopération
DDJS - Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports
DESU - Diplôme d'Études Supérieures d'Université
DGAS - Direction Générale de l'Action Sociale
DGS - Direction Générale de la Santé
DIV - Délégation Interministérielle à la Ville
DRASS - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIV - Délégation Régionale Interministérielle à la Ville

DSDS - Direction de la Santé et du Développement Social
DU - Diplôme Universitaire
DUT - Diplôme Universitaire de Technologie
GPS - Guyane Promo Santé
IMEA - Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée
INPES - Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé
IRTS - Institut Régional de Travail Social
IST - Infection Sexuellement Transmissible
MdM - Médecins du Monde
MIGAC - Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MDPH - Maison Départementale des Personnes Handicapées
OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
PACA - Provence Alpes Côtes d'Azur
PASS - Permanence d'accès aux soins de santé
PIMMS - Point d'Information et de Médiation Multi Services
PMI - Protection Materno-Infantile
PNL - Programmation Neuro-Linguistique
PRAPS - Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRDF - Plan Régional de Développement des Formations professionnelles
PRE - Programme de Réussite Educative
PRS - Projet Régional de Santé
PSP - Point Service Public
RDS - Relais Drogue Solidarité
SIS - Sida Info Service
SRFSS - Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales
TMS - Technicien, Médiation, Services
VAE - Validation des Acquis de l'Expérience
VAPP - Validation des Acquis Professionnels et Personnels
UPIM - Union Professionnelle Indépendante des Médiateurs
VIH - Virus de l'Immunodéficience Humaine

Ouvertures du séminaire

M. le Président du Conseil Général, représenté par Mme le Dr Joëlle SUZANON

Lors de son élection, le Président Alain Tien Liong a exprimé sa volonté de mettre en œuvre une politique qui permette à la Guyane d'anticiper l'avenir tout en veillant à ne laisser personne sur « le bord du chemin ». Ainsi, la santé et l'amélioration de l'accès aux soins ont été retenues parmi ses priorités de mandature.

Il a créé une mission sur la Démographie des professionnels médico-sociaux, à laquelle il a fixé l'objectif de structurer, pour les 15 années à venir, une politique départementale visant à répondre de façon opérationnelle et pérenne aux besoins de la population en professionnels de santé.

L'identification des problèmes :

- Le contexte national est celui d'une pénurie annoncée des professionnels de santé, en lien avec leurs départs massifs à la retraite, phénomène dénommé « papy boom », qui doit commencer dans les 5 années à venir.
- Le contexte sanitaire de la Guyane se caractérise par une sous densité en professionnels médico-sociaux actuelle de 50% par rapport aux moyennes nationales d'une part et d'autre part, le fait que le département connaît une croissance démographique qui évolue à un rythme vertigineux, aussi les besoins médicosociaux de la population suivent la même progression.
- Les principaux problèmes observés peuvent se résumer ainsi :
 - insuffisance des ressources humaines ;
 - organisation de l'accès aux soins non fonctionnelle ;
 - facteurs aggravants de l'isolement.

La Politique départementale de soutien à la Démographie des professionnels médico-sociaux pour les 15 années à venir, a été adoptée par le Conseil Général le 15 Septembre 2009. L'objectif global de cette politique est d'augmenter durablement la densification des professionnels médico-sociaux par une stratégie diversifiée sur l'ensemble du département afin d'améliorer l'offre de soins.

L'objectif spécifique situe la stratégie dans le respect des compétences sanitaires et sociales de la collectivité : « Sur l'ensemble du département, consolider les prestations de Protection Maternelle et Infantile, Personnes âgées, Personnes handicapées, Action sociale, Aide sociale à l'Enfance et de Démoustication et de répondre aux objectifs du millénaire, d'ici 2015 :

- n° 4 - Réduire la mortalité infanto-juvénile de deux tiers ;
- n° 5 - Améliorer la santé maternelle en réduisant de trois quarts le taux de mortalité maternelle ;
- n° 6 - Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies ».

Cinq axes stratégiques ont été adoptés pour réaliser ces objectifs, parmi lesquels deux d'entre eux sont particulièrement concernés par les compétences en médiation.

- Tout d'abord, l'axe « anticiper les besoins de l'ouest guyanais » ;
- Compte tenu du doublement annoncé par l'INSEE de la population de la Guyane d'ici 2030 qui impactera l'Ouest guyanais dès 2020, soit dans moins de 10 ans ;
- Mais aussi l'axe « Renforcer les synergies des politiques publiques en soutenant l'exercice territorial, libéral et hospitalier ».

L'évaluation de cette politique sera réalisée en tenant compte de l'évolution d'indicateurs globaux et spécifiques.

Tout ceci pour dire :

- Qu'un métier, une compétence ne peut être sortie de son contexte, ne sort pas de "nulle part ni de la réflexion de quelques uns" et la médiation s'inscrit forcément dans une dynamique d'ensemble ;
- Que la collectivité départementale avec le personnel déjà en poste, lequel a été renforcé par l'attribution de quelques 200 personnels techniciens, ouvriers et de service (TOS) dans les collèges, avoisine les 2000 agents et ne pourra pas augmenter indéfiniment ses effectifs ;
- Que l'amélioration du niveau sanitaire et social de la population passe par un renforcement de la coordination des actions pluri institutionnelles. A ce stade, le rôle des médiateurs en santé publique est incontournable, mais il s'agit plus de compétences auxquelles il faudra former le personnel déjà en place que de créer des nouveaux postes spécifiques ;
- Que l'objectif à atteindre est de former tous les professionnels médico-sociaux à cette dimension de médiation pendant leurs études, ou sinon en cours d'exercice ;
- Que l'enjeu de leur fonction peut se résumer ainsi : "Être médiateurs culturels avec les professionnels récemment affectés en Guyane et être médiateur en santé publique auprès de la population dont les équipes ont la charge".

Je vous remercie de votre attention.

M. le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, représenté par Mme le Dr Lucie BRUNET

Monsieur Philippe Damie, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Guyane, que je représente aujourd'hui, m'a demandé de vous assurer de tout l'intérêt qu'il porte aux travaux de ce séminaire, consacré aux médiateurs en santé publique.

La médiation sociale a toujours existé de façon informelle dès que deux cultures différentes se sont rencontrées.

Depuis 10 à 20 ans, elle est formalisée et systématisée. On parle de médiateurs de rue, de médiateurs dans les transports en commun, de médiateurs scolaires (dans et autour des établissements d'enseignement), de médiateurs dans les cités.

Et parmi ces médiateurs sociaux, ou à côté d'eux selon la classification que l'on adopte, il y a les médiateurs en santé.

Ils sont reconnus comme de puissants leviers pour réduire les inégalités sociales en santé, sujet sensible qui a donné lieu ces dernières années à de nombreux débats et publications.

On parle maintenant de les professionnaliser : pourquoi pas ? Cela leur permettrait d'avoir une formation, un statut, une reconnaissance et la juste rémunération qui va avec.

Il faut cependant bien réfléchir à la question. Car si l'on considère le médiateur comme un pont entre deux cultures, il est très important qu'il reste bien amarré aux deux berges : si une de ses piles quitte le sol, d'un côté ou de l'autre, non seulement le pont ne sert plus à rien, mais il peut s'avérer dangereux.

Par ailleurs, il faut penser aussi à l'avenir propre du médiateur : les choses changent vite dans notre monde, la communauté spécifique qu'il sert aujourd'hui, que sera-t-elle dans 15 ou 20 ans ? Aura-t-elle encore besoin de lui ?

Peut-être faudrait-il donc que la compétence de médiateur en santé vienne en complément d'une formation plus classique (infirmier, aide-soignant, assistant social) qui assure au médiateur un emploi pérenne quels que soient les changements de société à venir...

Mais je m'aperçois que j'entre déjà dans le débat que j'étais censée seulement introduire !

Je dirai donc en conclusion que la médiation en santé est nécessaire, tout le monde est d'accord là-dessus, et tout spécialement en Guyane, mais sous quelle forme ? Cette question sera l'objet et tout l'intérêt de ce séminaire. Les médiateurs que je vois nombreux dans la salle auront sûrement beaucoup de choses à dire à ce sujet.

Je vous remercie.

M. le Délégué Régional Interministériel à la Ville, représenté par Mme Ketty SAINT CLAIR

Bonjour,

Je suis Madame Saint-Clair, responsable de la politique de la ville, basée en DDE [Direction Départementale de l'Équipement]. Je représente ici mon chef de service, le Délégué Régional Interministériel à la Ville et je vais vous parler du volet politique de la ville de la médiation aujourd'hui.

La médiation en santé s'inscrit déjà dans un des axes « Politique de la ville » qui s'appelle l'accès aux soins. C'est parce qu'il y a eu l'émanation d'un besoin comme quoi les usagers des quartiers prioritaires de la politique de la ville notamment, étaient plutôt éloignés de l'accès aux soins, que s'est développé ce que l'on appelle " l'Atelier santé ville", qui est mené par un référent santé et a pour mission de coordonner les actions des différents acteurs au sein du domaine de la santé.

Je vais vous faire un peu l'historique de ces ASV [Atelier Santé Ville] en Guyane. Cela a commencé en 2004 par un atelier santé ville intercommunal, sous l'égide à la fois de la DSDS et du DRIV de l'époque. Puis, à partir de 2006, il y a eu des déclinaisons, villes par villes : d'abord Cayenne, puis Matoury, St Laurent du Maroni, Kourou et, enfin, Rémire-Montjoly.

Outre ces référents santé, il y a eu effectivement des personnes en poste en tant que médiateur. Cela fait partie d'un autre volet de la politique de la ville. C'est parti du constat que certaines femmes, en métropole notamment, faisaient de la médiation auprès des personnes de leur communauté et de la reconnaissance d'un statut pour ces personnes. C'est de là qu'a découlé le statut "d'adulte relais". Ces personnes, adulte-relais, sont chargées de faire de la médiation. En Guyane, plusieurs sont basées dans des associations où leur cœur de métier, c'est de faire de la médiation en santé.

Je rejoins Madame Brunet quand elle dit qu'il faut effectivement professionnaliser ces personnes parce que c'est ce qu'on nous demande. La plupart fonctionnent sur un mode empirique. La volonté de l'ACSE, c'est de former ces personnes mais pas uniquement dans le domaine de la médiation et de la santé mais surtout de les amener à avoir un diplôme qui les inscrive dans le paysage français. Je rejoins également Madame Suzanon qui a parlé de compétences et de capacités qui se développent de plus en plus.

J'arrêterais là mon propos. Je vais vous laisser continuer. Je voulais juste développer l'historique pour vous permettre de savoir qu'il y a des personnes qui fonctionnent en tant que médiateur au sein de la politique de la ville et dans quel cadre elle le font.

Introduction

Le séminaire « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane » s'est déroulé le 18 novembre 2010 dans la salle des délibérations du Conseil Général, à Cayenne. Il a été organisé par Guyane Promo Santé (GPS) en partenariat avec la Mission France Guyane de Médecins du Monde (MdM) et les médiateurs qui ont participé aux **trois ateliers sur la médiation en santé**, de juillet à octobre 2010. L'objectif de ce séminaire était d'échanger sur cette question, afin de **coordonner, renforcer et pérenniser l'offre de médiation en santé en Guyane**.

La réflexion sur la problématique de la médiation, notamment dans le domaine de la santé, n'est pas récente mais le contexte nous a semblé particulièrement favorable à la conduite de ces travaux.

De nombreux acteurs, au niveau local, régional et national, témoignent, en effet, d'un intérêt pour le développement de la médiation en santé en Guyane. Ce thème apparaît comme transversal aux groupes de travail participatifs organisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane en 2010 afin d'associer les acteurs guyanais à l'élaboration du Projet Régional de Santé 2011-15. La Direction Générale de la Santé (DGS), représentée au séminaire par M. le Dr Thierry Troussier, s'intéresse également à la question de la professionnalisation des médiateurs.

Un contexte favorable

D'aucuns constatent un intérêt croissant des acteurs régionaux et nationaux pour la structuration de la médiation, notamment en santé.

Au niveau régional

En Guyane, une **évaluation du dispositif adultes-relais¹** est réalisée en 2008². Au 1^{er} janvier 2008, 86 adultes-relais sont en poste, répartis sur les cinq communes concernées par la politique de la ville, à savoir Cayenne, Kourou, Matoury, Rémire-Montjoly et Saint-Laurent du Maroni. **18% des adultes-relais interviennent dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins** : démarche d'information, de prévention, de médiation entre les personnes et les praticiens de santé visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté d'insertion sociale et culturelle. Au cours de l'évaluation, **de nombreux adultes-relais ont déploré l'absence de réseau professionnel entre les différents médiateurs**. La mise en place de ce type de réseau permettrait de **favoriser l'échange d'expériences et de bonnes pratiques** entre adultes-relais.

La mise en place de l'ARS de Guyane cette année constitue une opportunité sans précédent pour inscrire la médiation en santé à l'agenda. **Les travaux participatifs menés depuis juin 2010 pour élaborer le futur Projet Régional de Santé (PRS) 2011-15 font largement référence à la médiation en santé**. De nombreux groupes de travail abordent cette question, notamment ceux sur l'égalité d'accès à la prévention et aux soins (notamment dans l'ouest guyanais), la santé en communes isolées et les risques vasculaires.

Il est apparu décisif de mener des travaux spécifiques sur la médiation, appréhendée comme une thématique transversale. GPS et la mission France Guyane de MdM ont ainsi proposé d'animer des groupes de travail sur ce thème, parallèlement aux travaux initiés par l'ARS de Guyane.

¹ Voir 1.2 Vers l'institutionnalisation de la médiation sociale

² *Évaluation du fonctionnement du dispositif « adulte-relais » en Guyane*, Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, novembre 2008

Extraits des groupes de travail participatifs du PRS 2011-15 en Guyane

« Importance de favoriser l'échange d'expériences et la coordination des médiateurs culturels », Groupe de travail Egalité d'accès à la prévention, 6 septembre 2010

« Il est nécessaire d'améliorer la formation des médiateurs culturels, d'augmenter leur nombre et leur disponibilité. L'atelier sur l'égalité d'accès à la prévention demande à l'ARS d'aider à organiser des rencontres entre les médiateurs culturels pour échanger les expériences et améliorer les pratiques », Groupe de travail Egalité d'accès aux soins (droits acquis), 9 septembre 2010

« Problèmes prioritaires de santé soulevés : accompagnement hospitalier inexistant (déficit en médiateurs de santé, obstacle linguistique entre soignants et malades dès l'accueil, pas de logement des familles accompagnant le malade, pas de respect des contextes culturels - décès) ». Groupe de travail Santé en communes isolées, 17 juin 2010

« Y a-t-il la nécessité de créer une filière professionnelle "agent de prévention et de promotion de la santé" ? A quel niveau d'éducation le recrutement serait le plus pertinent ? Brevet des collèges ? Baccalauréat ? Les personnes des communautés déjà recrutés ou ayant déjà exercé dans des programmes doivent-ils intégrer par la VAE cette filière ? ». Extrait de la fiche consacrée à la promotion de la santé, adressée aux membres du groupe de travail Santé en communes isolées

« Il est important que les médiateurs aient un niveau qui soit validé ; la médiation intervient dès lors que l'usager doit participer à sa prise en charge, il est donc important de former les médiateurs pas uniquement pour aider le prescripteur, ils doivent venir d'horizons divers ». Groupe de travail Bassin de Saint-Laurent, 21 septembre 2010

« Formation indispensable des médiateurs culturels (diffusion de l'info) passant déjà par une reconnaissance de leur fonction » ; Groupe de travail Risques vasculaires, 16 septembre 2010

Au niveau national

La Direction Générale de la Santé (DGS) a fait part de son intérêt à suivre les avancées de ces ateliers sur la médiation santé en Guyane. En juillet 2010, Mme Chardin (DGS) s'exprime ainsi : « Je vous confirme mon intérêt pour le suivi de vos travaux puisque nous continuons, au niveau de la DGS, et notamment de la sous-direction de la prévention des risques infectieux, à surveiller toutes les ouvertures possibles qui permettraient d'avancer sur la question de la professionnalisation des médiateurs, plus spécifiquement bien sûr pour ce qui concerne les médiateurs de santé, mais également pour l'ensemble des médiateurs sociaux que nous souhaiterions voir sensibiliser dans leurs formations initiales aux grandes problématiques de santé. [...] Je suis par ailleurs très intéressée d'avoir des éléments actualisés sur le statut professionnel des personnes qui exercent en Guyane comme médiateurs de santé »³.

« La question de la professionnalisation des médiateurs en santé n'est pas un débat clos. [...] Une reconnaissance plus claire du métier ou tout au moins de la fonction et un développement des formations avec une meilleure articulation entre les cursus existants permettrait l'évolution des médiateurs encore en fonction et faciliterait le remplacement de ceux qui sont partis, affirme le Dr Bernard Faliu, chef de bureau "VIH, IST et hépatites". La DGS travaille sur toutes les pistes qui pourraient permettre d'avancer dans ce sens. Le programme national VIH, sida, IST 2010-2014 inscrira l'intervention des médiateurs en santé formés et reconnus au rang des actions à développer. »⁴

En outre, la DGS semble favorable à l'idée de soutenir l'organisation des premiers **Etats généraux de la médiation en santé publique d'ici 2012**, en partenariat avec le Collectif Francilien de la Médiation en Santé Publique, « afin de se faire entendre et d'avancer sur la reconnaissance de ce nouveau métier, qui a déjà prouvé son utilité »⁵. Ce collectif et le Groupement National des Médiateurs de la Côte d'Azur sont régulièrement informés et relayent au niveau national les avancées des travaux menés en Guyane.

³ Courriel de Mme Chardin (DGS) à GPS, 08 juillet 2010

⁴ MICHELON Vincent, *Les médiateurs en santé à la poursuite d'un statut*, Sidaction, Transversal, n° 53 juillet-août

⁵ <http://www.cfmsp.org/>

Les ateliers sur la médiation santé en Guyane

Les objectifs spécifiques des ateliers étaient de :

- réaliser un diagnostic partagé sur la médiation en santé ;
- clarifier le concept, le rôle et l'utilité de la médiation en santé ;
- contribuer à la dynamisation d'un réseau de médiateurs en santé.

Ces rencontres étaient destinées aux **médiateurs impliqués dans le champ de la santé en Guyane** et à toute personne ressource souhaitant apporter sa contribution à la réflexion engagée.

Les trois ateliers sur la médiation en santé en Guyane se sont déroulés les 7 juillet et 27 août 2010 à Cayenne et le 1^{er} octobre 2010 à Sinnamary. Au total, **26 personnes ont participé** à ces ateliers, auxquels s'ajoutent 4 animateurs (3 de GPS et 1 de MDM).

5 communes étaient représentées : Cayenne (11 personnes), St-Laurent-du-Maroni (6 personnes), Kourou (3 personnes), Rémire-Montjoly (3 personnes) et Iracoubo (2 personnes).⁶

Le nombre de participants à chaque atelier a été respectivement de 20 personnes (7 juillet), 13 personnes (27 août) et 6 personnes (1^{er} octobre). En raison de la présence aux deux premières réunions d'un nombre important de médiateurs de l'association Mama Bobi, basée à St-Laurent-du-Maroni, il a été proposé par les organisateurs de délocaliser le dernier atelier à Sinnamary, à mi-parcours entre Cayenne et St Laurent-du-Maroni. Ce choix s'est traduit par un nombre restreint de participants, qui constituent néanmoins le noyau dur du groupe.

Parmi les 26 participants, **3 coordinatrices d'Ateliers Santé Ville (ASV)** – Cayenne, Rémire-Montjoly et St Laurent du Maroni – et **23 personnes exerçant une fonction de médiation en santé**, ont contribué aux échanges.

Parmi ces derniers, **6 ont bénéficié de la formation de médiateurs en santé publique de l'IMEA**⁷, soit 23% des participants aux ateliers. Ils représentaient notamment l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique (ARMSP) – 2 membres du Bureau, 2 salariées et 2 membres.

La présence de 5 médiateurs (20% des participants) de l'association Mama Bobi, basée à Apatou et St-Laurent-du-Maroni, est également à noter.

Etaient également présentes à ces ateliers 4 personnes exerçant une fonction de médiation au sein de centres hospitaliers (2 du CMCK et 2 du CHAR).

D'autres participants, issus de divers horizons, ont pris part à ces ateliers.

La liste des participants par atelier est disponible en [Annexe I](#).

Le séminaire « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane »

Le séminaire « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane », qui s'est déroulé le 18 novembre 2010, à Cayenne, a réuni **57 personnes**.

Les participants représentaient diverses structures : **associatives (61%), institutionnelles (28%)** ou autres (11%). Plus des trois quarts des participants exerce l'une des 3 fonctions suivantes : **médiateur (40%), coordinateur (23%),** ou médecin (14%). Parmi les médiateurs, 9 ont bénéficié de la formation de médiateurs en santé publique de l'IMEA, soit 15% des participants.

8 communes guyanaises étaient représentées : Cayenne (49%), St Laurent du Maroni (21%), Kourou et Rémire-Montjoly (7% chacune), Matoury et Iracoubo (4% chacune), St Georges de l'Oyapock et Maripasoula (2% chacune). In fine, 60% des participants sont basés sur l'île de Cayenne.

⁶ La commune d'origine d'un participant est inconnue.

⁷ Voir 2.1 Formation de médiateurs en santé publique - IMEA

L'animation du séminaire a été assurée par deux médiateurs ayant activement participé aux ateliers :

- Mme Elise Florimond, médiatrice en santé publique au sein de l'Association Régionale des médiateurs en santé Publique (ARMSP), basée à Cayenne ;
- M. Marc Perroud, médiateur interculturel et linguistique à l'association Mama Bobi, basée à St-Laurent-du-Maroni.

Cette rencontre régionale a été l'occasion de revenir sur un métier en mal de reconnaissance, celui de médiateur, en présence de M. le Dr Thierry Troussier, représentant de la DGS, pour une **mise en perspective nationale**.

Le programme du séminaire et la liste des participants sont disponibles en Annexes 2 et 3.

Lors des ateliers, il a été convenu de **produire collectivement un document stratégique sur la médiation en santé en Guyane** et de le présenter en novembre 2010 aux principaux partenaires associatifs et institutionnels régionaux : ARS de Guyane, ACSE/DRIV, centres hospitaliers, CGSS, Conseil Général (DSP, ASE etc.), Conseil Régional, mairies, etc. Le rapport qui leur a été adressé avant le séminaire faisait la **synthèse de différents travaux nationaux cités en bibliographie et le lien avec la réflexion menée en ateliers par et pour les médiateurs en santé en Guyane**.

Les présentes Actes ont été enrichies des contributions apportées au cours du séminaire « Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane », qui s'est tenu le jeudi 18 novembre 2010, à Cayenne. Elles **ont vocation à être diffusées à l'ensemble de nos partenaires, notamment nationaux**.

En effet, les représentants de la DGS rencontrés par GPS et MdM le 13 décembre 2010 à Paris, Mme Christine Barbier, Mme Catherine Chardin, M. le Dr Bernard Faliu et M. le Dr Thierry Troussier, ont mis en exergue la qualité des travaux menés et évoqué l'opportunité de **s'en saisir pour mobiliser l'ensemble des services concernés du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et les partenaires de la DGS, notamment institutionnels**. En effet, certaines problématiques auxquelles sont confrontés les médiateurs en santé en Guyane renvoient à des enjeux nationaux (professionnalisation des médiateurs, reconnaissance statutaire etc.). Les échanges ont permis de mettre en commun les informations relatives aux avancées et perspectives sur la médiation en santé en Guyane et au niveau national, et d'identifier les **freins et leviers pour concrétiser le programme d'actions** élaboré par les acteurs guyanais.

Leurs propositions figurent en encadrés grisés dans la quatrième partie des Actes et serviront de feuille de route en Guyane pour les prochaines années.

Ces Actes comportent une **introduction, sept parties principales, une bibliographie et six annexes.**

L'introduction permet de revenir sur le contexte de mise en place des travaux sur la médiation en santé en Guyane et le déroulement des ateliers et du séminaire organisés par Guyane Promo Santé et Médecins du Monde.

1. La première partie est consacrée à **l'historique de la médiation sociale**, au niveau national. Elle permet de mieux appréhender les différentes étapes qui ont permis de faire émerger et d'institutionnaliser la médiation sociale.
2. La deuxième partie introduit la médiation au service de la promotion de la santé et la formation de **médiateurs en santé publique** par l'IMEA.
3. La troisième partie revient sur la **médiation (inter)culturelle en santé** puis présente deux textes intégraux, le premier de l'association Mama Bobi et le second de l'anthropologue Diane Vernon, réflexions critiques sur leur propre métier.
4. Dans la quatrième partie, largement issue des ateliers sur la médiation en santé, l'absence de définition partagée de la médiation en santé est mise en exergue, les missions du médiateur sont précisées et la question de **la reconnaissance et de la professionnalisation des médiateurs** développant des actions de promotion de la santé est posée.
5. Les **résultats du questionnaire diffusé en Guyane** sont exposés dans la cinquième partie. Ils permettent de disposer d'une photographie actualisée du statut des personnes exerçant des missions de médiation au service de la promotion de la santé.
6. La sixième partie est consacrée aux **témoignages des médiateurs, partenaires et bénéficiaires des actions de médiation**, apportés notamment au cours du séminaire.
7. Enfin, la septième partie propose de **restituer le débat qui a eu lieu dans le cadre du séminaire.**

Une **bibliographie** indicative et de **nombreuses annexes** sont proposées. Ces annexes permettent tout d'abord de disposer des listes de participants aux ateliers (Annexe 1) et au séminaire (Annexe 3). Le programme du séminaire est également présenté (Annexe 2). D'autres témoignages de médiateurs intervenant en Guyane sont valorisés pour mieux appréhender leurs rôles et missions (Annexe 4). L'Atelier Santé Ville (ASV) de St-Laurent-du-Maroni a également apporté sa contribution, à travers un témoignage sur la mise en place d'un réseau de médiateurs, qu'il nous apparaît essentiel de réactiver (Annexe 5). Enfin, les principales formations et diplômes existant en médiation sont présentés (Annexe 6).

I. Historique de la médiation sociale

Terme très employé aujourd'hui, **la médiation** est définie comme « un mode de construction et de gestion de la vie sociale grâce à l'entremise d'un tiers, le médiateur, neutre, indépendant, sans autre pouvoir que l'autorité que lui reconnaissent les "médiés" qui l'auront choisi ou reconnu librement. »⁸

Plusieurs champs d'application et de développement de la médiation, centrés sur la qualité de vie en société, sont complémentaires : médiation sociale, familiale, interculturelle, médiation en santé, etc.

I.1 Emergence de la médiation

Depuis les années 70, les initiatives en termes de médiation se développent en France : d'emblée, peuvent être distinguées celles qui relèvent d'initiatives institutionnelles (1973 : création du Médiateur de la République) et celles qui relèvent de mobilisations « citoyennes » dans la perspective de « déjuridiciser » les conflits mais aussi de créer ou recréer du lien.

Dans les années 80, la médiation en France se caractérise par **une institutionnalisation de la médiation, principalement dans les champs du droit et de la politique de la ville**. Le recours aux « intermédiaires culturels » se développe. Un nouveau type d'« opérateurs du social » se multiplie alors sur les territoires urbains : « médiateurs sociaux » et « femmes-relais » en sont les figures emblématiques⁹. **Les activités de médiation sociale et culturelle émergent dans les quartiers dits « en difficulté ».**

Pour exemple, de façon spontanée et bénévole, des femmes essentiellement issues de l'immigration veulent rapprocher les familles d'origine immigrée et les institutions (services sociaux, services de santé, justice, etc.). En Seine-Saint-Denis, les premières associations de **femmes-relais** se constituent progressivement à partir de 1990. Leur objectif est de favoriser l'insertion sociale des femmes en particulier et d'améliorer les connaissances réciproques des femmes et des institutions, c'est à dire mieux comprendre le fonctionnement de la société d'accueil et les logiques des populations étrangères. Les activités des femmes-relais prennent des formes diverses. Interpellés par cette nouvelle forme d'intervention sociale, Profession Banlieue (centre de ressource de la politique de la ville), l'Institut Régional de Travail Social (IRTS) de Paris Ile-de-France et certaines des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis s'engagent dès 1996 dans un travail de fond : **faire reconnaître la fonction de femmes-relais comme un métier à part entière**. Le groupe de travail établit un référentiel métier afin de mieux préciser les missions des femmes-relais au sein du travail social. Quatre questions majeures sont posées :

- l'appartenance territoriale,
- l'appartenance communautaire ou ethnique,
- la question du genre (faut-il être forcément une femme pour être médiatrice ?) et
- la déontologie professionnelle (confidentialité et secret professionnel).¹⁰

⁸ GUILLAUME-HOFNUNG Michèle, *La médiation*, Que sais-je ?, PUF, 1995, p.74.

⁹ BARTHELEMY Fabienne, *Médiateurs sociaux, femmes-relais : de nouveaux agents de la relation d'aide. Entre distance et proximité*, *Informations sociales*, n° 139, 2007/3, pp.106-115.

¹⁰http://www.professionbanlieue.org/c__l_38_Fiche_831__l_A_propos_des_femmes_relais_mediatrices_.html

I.2 Vers l'institutionnalisation de la médiation sociale

« Afin de trouver des remèdes à la "crise urbaine" mais aussi de lutter contre le chômage des jeunes, les pouvoirs publics, à la fin des années 90, vont pérenniser des emplois de médiateurs existants et favoriser la création d'autres emplois de médiateurs (mesures Aubry de 1997 : "Nouveaux métiers-nouveaux emplois"). »¹¹

Parallèlement, de nombreuses structures œuvrant dans la médiation émergent. Ce mouvement s'accompagne d'importantes avancées à l'instar de l'adoption d'une définition de la médiation sociale, au niveau européen, et d'une charte, au niveau de la politique de la ville.

En 1997, l'**Association Nationale des Médiateurs (ANM)** est créée. Depuis, elle s'est dotée d'un code de déontologie, a travaillé à rassembler tous ceux qui pratiquent la médiation, a contribué avec d'autres associations à l'écriture d'un manifeste pour la promotion de la médiation et a permis d'organiser un certain nombre de services (formation, ateliers d'écriture, analyse de pratique, ressources, etc.), nécessaires à la pratique de la médiation.

Un dispositif de médiation sociale est créé en 1998 à Angoulême afin de lutter contre les problèmes inhérents à la vie urbaine, en particulier dans les quartiers dits « sensibles ». L'histoire d'**OMEGA** est initiée à la fois par les pouvoirs publics, via le programme « nouveaux services, emplois-jeunes », et le diagnostic local de sécurité. L'unique mission de ce groupement d'employeurs consiste à « mettre à disposition des employeurs du personnel sous contrat de travail ». OMEGA se charge ainsi du recrutement des agents locaux de médiation sociale (ALMS), d'organiser leur formation et d'assurer la gestion du personnel et l'organisation du travail. L'association veille également à une mutualisation des moyens lors de certaines manifestations sportives et culturelles de grande envergure telle que le Festival international de la bande dessinée.

En avril 1999, le colloque « Tous ensemble autour du service des Correspondants de Nuit », organisé à Rennes, inaugure la démarche du **Réseau des Villes Correspondants de Nuit**.

En décembre 1999, un nouveau dispositif national d'intervention de proximité est mis en place, celui des **adultes-relais**. Il « permet de lutter efficacement contre toutes les formes d'exclusion dans les quartiers en difficulté et d'apporter une solution en matière d'insertion par les personnes recrutées comme en matière de médiation pour les publics auxquels il s'adresse. Ce dispositif se concrétise par le versement d'une aide financière de l'état aux employeurs d'adultes-relais »¹².

La notice sur « le dispositif d'adultes-relais médiateur de ville », qui s'appuie sur des textes de référence¹³, est diffusée en Guyane par la Délégation Régionale Interministérielle à la Ville (DRIV). Il est noté que « **les adultes-relais assurent des missions de médiation sociale et culturelle. L'article L.12-10-1 du code du travail définit les activités exercées par les adultes relais comme visant « à améliorer, dans les zones urbaines sensibles et les autres territoires prioritaires des contrats de ville, les relations entre les habitants de ces quartiers et les services publics ainsi que les rapports sociaux dans les espaces publics ou collectifs** ». Ce dispositif est toujours en vigueur (Voir Introduction - Un contexte favorable).

¹¹ MOUNIER-VOGELI Françoise, La médiation sociale urbaine : un dispositif ambigu. Les correspondants de nuit à Rennes, ARPES, 2010

¹² Notice sur le dispositif d'adultes-relais médiateur de ville, DRIV Guyane, 2009

¹³ Décret n° 2002-374 du 20 mars 2002. Décret n° 2006-1788 du 23 décembre 2006 abrogeant le décret n° 2000-540 du 16 juin 2000. Circulaire DIV/DPT-IEDE n° 2002-283 du 3 mai 2002. Article L. 12-10-1 du code du travail.

En 2000, un séminaire européen sur la médiation sociale permet de poser les jalons du cadre déontologique et de programmes de formation spécifiques et professionnalisants.

Une définition de **la médiation sociale** est arrêtée, il s'agit d'un **processus de création et de réparation du lien social et de règlements des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.**¹⁴

Le concept du tiers facilitateur de communication est introduit. En 2009, cette notion se verra complétée¹⁵ par deux principes directeurs : « **aller vers** » et « **faire avec** », c'est-à-dire aller au devant des difficultés sans attendre d'être sollicité et redonner le pouvoir aux acteurs d'agir sans prendre leur place.

L'année 2000 voit également naître la **Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis** (regroupant dix structures), qui se donne pour objet de promouvoir et développer la qualification et professionnalisation des femmes-relais.

En 2001, le comité interministériel des villes adopte une **charte**¹⁶ **de référence de la médiation sociale** qui précise les principes déontologiques s'appliquant aux médiateurs. Cette charte stipule notamment que « **l'inscription dans des logiques partenariales et territorialisées est un principe essentiel de la médiation sociale et une des conditions de sa réussite : celle-ci dépend notamment de la capacité des autres acteurs à prendre le relais** ».

Selon Fabienne Barthelemy, « avec les programmes 'nouveaux services-emplois jeunes' et 'adultes-relais', ces pratiques dites de médiation sociale sont devenues un outil de l'action publique destiné à créer des emplois et à faire naître de nouvelles activités à vocation sociale afin de prendre en charge des besoins sociaux existant sur certains territoires. De ce fait, ces dispositifs inscrivent les nouveaux intervenants comme acteurs de l'action publique engagée en faveur des publics fragilisés et du rétablissement du lien social. **Leur émergence est donc largement liée à des mesures de soutien de l'emploi développées par les pouvoirs publics et non pas aux mécanismes classiques de reconnaissance de métiers nouveaux via la certification et le diplôme** »¹⁷.

En 2002, le Centre de Réalisation et d'Etude pour la Planification l'Aménagement et l'Habitat (CREPAH) propose **5 emplois-repères** :

- **L'agent de prévention et de médiation**, présent dans les espaces publics et ouverts au public, lequel s'apparente fréquemment, de par les activités réalisées, au poste d'Agent Local de Médiation Sociale (ALMS).
- **Le médiateur social et culturel**, proche des postes de femmes-relais, ainsi que de ceux de certains adultes-relais, dès lors qu'il contribue de manière prioritaire au développement de l'autonomie des personnes et groupes avec lesquels il travaille, autour d'une logique d'accès aux droits et de reconnaissance des personnes, notamment de celles qui présentent des difficultés d'insertion.
- **Le coordonnateur d'équipes de médiation**, qui veille à la formation et professionnalisation des médiateurs, dans un objectif de qualité des prestations et de développement des services rendus.
- **Le correspondant de nuit**, médiateur nocturne.
- **L'agent d'ambiance dans les transports**.

¹⁴ Définition européenne de la médiation sociale établie par 43 experts de 12 pays européens lors du séminaire en 2000.

¹⁵ *Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*, Comité Interministériel des Villes, 2009, 170p.

¹⁶ *Charte de référence de la médiation sociale*, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001, Délégation interministérielle à la ville, 14 septembre 2004.

¹⁷ BARTHELEMY Fabienne, *Médiateurs sociaux, femmes-relais : de nouveaux agents de la relation d'aide. Entre distance et proximité*, *Informations sociales*, n° 139, 2007/3, pp.106-115.

En mai 2002, un colloque « *La médiation sociale, un avenir pour la Guyane ?* » est organisé par la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports (DDJS) de Guyane. « En estimant qu'environ deux cents emplois jeunes pouvaient être assimilés à la fonction de médiateur en Guyane, les responsables des administrations déconcentrées et des collectivités territoriales donnaient ce jour-là la portée du phénomène »¹⁸.

« Aujourd'hui, on constate que les médiateurs en emplois jeunes sont un peu seuls » constate Etienne Kreschmar, conseiller technique auprès du Ministère de la Jeunesse et des Sports, à l'initiative de cette journée. « Une grande majorité des médiateurs, en contact direct avec les publics ne sont dotés ni de compétences, ni d'outils nécessaires pour assurer et assumer les contacts (avec la population nda) (...) les services liés à la médiation sont principalement conçus comme des opérateurs directs à la personne, plus rarement à des groupes ou à des communautés (...) Or la sociologie des quartiers est surdéterminée par un peuplement communautaire (...) on pourrait réfléchir à l'émergence d'un métier de représentants des habitants, qui aurait en plus une fonction de traduction »¹⁹.

1.3 Professionnalisation et reconnaissance de la médiation

Depuis fin 2002, il n'est plus possible de créer de nouveaux postes emplois-jeunes.

En 2004, le Plan de Cohésion sociale de Jean-Louis Borloo comporte un volet consacré à l'égalité des chances. Il vise à **reconnaitre et développer les métiers de la médiation sociale**, afin de contribuer au maintien ou à la restauration du lien social. Il est proposé d'ici la fin 2005 de **professionnaliser la médiation, en créant de nouvelles formations diplômantes, et de mettre en place la validation des acquis de l'expérience (VAE)** pour l'ensemble des diplômés de travail social.

La VAE constitue à ce titre un atout pour l'évolution des adultes-relais sur le marché du travail, un tremplin vers l'emploi, tant sur le plan de la reconnaissance de leur qualification que sur le plan personnel. Donner aux adultes-relais les moyens de valoriser et faire valider leurs acquis, c'est aussi une manière de leur manifester une reconnaissance.

En mai 2006, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) remettent un rapport aux ministres concernés, qui **démontre l'utilité sociale de la médiation sociale**. Ce rapport précise les garanties dont doit s'entourer la médiation sociale. Il recense les partenaires des médiateurs sociaux, les diplômes et titres existants en matière de médiation sociale et évalue l'impact que la professionnalisation de médiateurs sociaux aurait sur les emplois existant actuellement.

L'année 2007 est marquée par plusieurs avancées :

- **la reconnaissance par la communauté européenne de la médiation en santé en direction des migrants comme « bonne pratique »**. Parmi les recommandations adressées aux fournisseurs de services sociaux et d'autres services, il est indiqué que « *l'éducation par les pairs et la médiation culturelle doivent être employées comme des moyens permettant d'atteindre et de soutenir les membres des communautés vulnérables* »²⁰.
- **la tenue d'un colloque national sur « L'utilité de la médiation sociale : convaincre et démontrer »**, en décembre, à Angoulême ;

¹⁸ RAIBAUD Yves, Les dérouteurs de la Guyane. animateurs et médiateurs sociaux dans la création d'une citoyenneté guyanaise, dans Revoir la ville : Guyane, Surinam, Brésil, Réunion. Similitudes et dissemblances, l'Harmattan, 2006, pp.271-286.

¹⁹ *La médiation sociale : un enjeu pour la Guyane ?*. Compte-rendu du colloque du 28 mai 2002, DRJS Guyane.

²⁰ *La Migration et le VIH/SIDA: Recommandations de la Communauté*, Aides. Rapport basé sur la Conférence Européenne sur « Le droit à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien pour le VIH/SIDA des migrants et des minorités ethniques en Europe: le point de vue de la Communauté Européenne » (Lisbonne, 7 et 8 juin 2007).

- **la création de l'Union Professionnelle Indépendante des Médiateurs (UPIM)**, syndicat professionnel destiné à mieux organiser la profession.

Réseau de médiation à St Laurent, initié par l'ASV – cf. Annexe 4

La création de ce réseau, fin 2007, a résulté du constat suivant : de nombreux médiateurs interviennent dans les différents quartiers de la commune mais se connaissent peu et échangent rarement. Ainsi, il ressortait un manque de lisibilité sur les actions menées, de cohérence entre les actions, de connaissance du système existant et de ses acteurs, et, enfin, une mobilisation parfois difficile sur le terrain.

Il est apparu nécessaire de disposer d'un réseau de personnes « relais » sur les différents quartiers de la commune facilitant la communication entre les acteurs et auprès des habitants et la mise en œuvre des actions de prévention initiées par les autres acteurs de la place.

Les objectifs de ce réseau étaient les suivants : valoriser le travail mené par les médiateurs de la commune, créer un espace d'échanges sur les pratiques, les difficultés rencontrées et les actions à mettre en œuvre, et mettre en place des informations et des formations répondants aux besoins exprimés par les participants.

Ce réseau a fonctionné pendant un certain temps mais n'a pas été pérennisé, notamment en l'absence de leadership chez les médiateurs et d'une personne dédiée pour animer ce réseau.

En 2008, avec l'appui de différentes instances nationales, se constitue sous forme associative **France Médiation**, réseau d'acteurs de la médiation sociale créée par des structures de médiation sociale souhaitant continuer la dynamique engagée lors des travaux de recherche sur l'évaluation de l'utilité sociale de la médiation. Ainsi, l'association regroupe les savoir-faire de structures de médiation dans les domaines suivants : médiation sociale sur l'espace public, médiation dans les transports en commun, médiation interculturelle, et médiation dans les points services aux particuliers. France Médiation a notamment pour objet de contribuer à :

- fédérer et représenter l'ensemble des dispositifs de médiation sociale, publics, parapublics et privés qui souhaitent promouvoir la médiation sociale sur leur territoire ;
- favoriser le développement et la reconnaissance de la médiation sociale en capitalisant les échanges de savoirs et de pratiques entre les adhérents ;
- faciliter l'accès à toutes les formes de connaissance, de savoir-faire sur les différents domaines touchant la médiation sociale, par des publications, recherches, formations professionnelles et démarches d'évaluation ainsi que par la promotion d'activités.

En 2009, le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique sur *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique* recommande de « développer l'accompagnement dans les parcours de soins ; en particulier **en promouvant une fonction de gestionnaire du parcours de soins**, qui consiste à aider la personne atteinte de maladie chronique dans toutes ses démarches de prise en charge médicale, sociale, administrative et financière. Cette fonction doit être définie, reconnue et dévolue à des professionnels déjà existants, ou développée comme un nouveau métier »²¹.

La même année, Fadela Amara, Secrétaire d'État chargée de la Politique de la ville, affirme : « La médiation sociale est essentielle pour la nouvelle politique que je veux mettre en œuvre pour les quartiers. C'est pour cela qu'**il est aujourd'hui temps de la reconnaître comme un véritable métier, de la qualifier et de la professionnaliser, notamment en envisageant la création d'un référentiel métier de médiateur social**. Il est également essentiel d'ancrez cette activité dans le cadre de la politique de la ville en l'inscrivant comme **action transversale dans les contrats urbains de cohésion sociale et dans les programmes de rénovation urbaine** »²².

²¹ *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, Novembre 2009

²² *Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*, Comité Interministériel des Villes, 2009, 170p.

Le récent **guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale**²³ met ainsi l'accent sur la professionnalisation et la reconnaissance de la médiation sociale.

Extrait du Guide d'évaluation de l'utilité de la médiation sociale

Pour François Aballea²⁴, la professionnalisation est « le fait de faire d'une discipline, la base d'une expertise susceptible de s'investir dans la pratique quotidienne d'un certain nombre d'acteurs exerçant une activité professionnelle et de faire de celle-ci le fondement de l'identité de ces acteurs. **La professionnalisation de la médiation sociale correspond à la nécessité d'engager une double démarche : celle de faire reconnaître l'expertise et celle de donner aux acteurs de la médiation sociale les compétences qui traduisent cette expertise.**

En ce qui concerne la première démarche, le constat est unanime sur le fait que **les médiateurs souffrent du peu de reconnaissance de leur profession.** Au-delà même du caractère douloureux pour chacun d'eux, la médiation même pâtit de cette situation, car elle contribue largement au turn-over volontaire des médiateurs.

L'absence de reconnaissance se joue à quatre niveaux.

- Elle est statutaire : **il n'existe pas un statut de la médiation**, par exemple dans la fonction publique.
- Elle est contractuelle : **de nombreux postes sont en CDD, et souvent sur des emplois aidés qui donnent une image de précarité.**
- Elle est financière : au regard des compétences mobilisées in fine et du stress que génère ce travail, **les salaires des médiateurs s'avèrent faibles.**
- Elle est humaine : **les médiateurs ne se sentent pas toujours reconnus par leur encadrement, leurs partenaires ou les élus-es.** Certains médiateurs le disent : « S'il n'y avait pas la reconnaissance des habitants, on ne tiendrait pas ».

Ce guide d'évaluation comporte également un **référentiel des métiers de la médiation sociale.**

13 dénominations ont ainsi été retenues :

- **Agent de prévention et médiation**, affecté aux espaces publics et à l'habitat.
- **Médiateur de santé**, intervenant auprès des patients et acteurs de la santé.
- **Médiateur école-famille** intervenant dans les quartiers pour favoriser le rapprochement entre l'école et les familles.
- **Médiateur scolaire** intervenant au sein d'un établissement pour favoriser la vie scolaire.
- **Correspondant réseau éducatif**, en activité au sein et aux abords des établissements scolaires.
- **Femmes-relais**, médiatrice s'adressant particulièrement aux personnes migrantes et à leur famille.
- **Correspondant de nuit**, médiateur en activité de la tombée du soir jusqu'au milieu de la nuit.
- **Médiateur de rue** s'adressant plus particulièrement aux sans domicile fixe (maraude...).
- **Médiateur point information** intervenant dans les Point Service Public (PSP), et les Point d'Information et de Médiation Multi Services (Pimms).
- **Steward urbain**, en activité en centre-ville et/ou dans les centres commerciaux.
- **Médiateur eau énergie**, agissant auprès des personnes démunies en matière d'énergie.

²³ Idem

²⁴ ABALLEA François, *Conférence au département de sociologie de l'université de Rouen*, 1999. Cité dans le rapport de M. Chaix, M.-J. Gorisse, *op. cit.*, janvier 2006.

- **Agent de prévention et médiation dans les transports en commun**, chargé de prévenir les incivilités dans les transports.
- **Agent de médiation locative**, facilitant la jouissance paisible de l'habitat.

Galaxie des médiateurs

« Depuis les cinq emplois-repères proposés par le Crepah en 2002, le foisonnement des expériences de médiation sociale laisse parfois croire qu'il y a autant d'appellations et de terrains d'action différents que de médiateurs. » **La présentation ci-dessous sous forme de galaxie « témoigne de la diversité des formes de médiation sociale en fonction des territoires et publics rencontrés.** Le cœur de cette galaxie, son noyau dur, s'articule autour d'un référentiel unique d'activité ». ²⁵



²⁵ *Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*, Comité Interministériel des Villes, 2009, p.19.

2. La médiation en santé publique

À partir de la loi d'orientation du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions, **différents dispositifs favorisent l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis** : Couverture Maladie Universelle (CMU) et Complémentaire (CMU-C) au niveau national, Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (Praps) pilotés par les Drass, Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass) au sein des établissements de santé, et Ateliers Santé Ville (ASV) au niveau local. Ces mesures visaient notamment à rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins.

Alors que les conditions de l'égalité sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique, il apparaît que **l'égalité et l'accord des droits ne sont pas effectifs**. Deux ouvrages, *Les inégalités sociales de santé*²⁶ (2000) et *La santé en France*²⁷ (2002), font le point et la synthèse de nombreux travaux dans ce domaine.

La médiation en santé pourrait être un outil permettant d'offrir ce que Pierre Lombrail, s'inspirant des recommandations du Haut Comité de Santé Publique appelle de ses vœux : « **dépasser une logique d'offre supposée égalitaire pour construire un système plus solidaire dont les performances doivent se juger au niveau individuel par la capacité de délivrer des soins adaptés aux besoins des personnes et au niveau collectif sur celle de réduire les inégalités sociales** »²⁸.

En 1998, l'idée de médiation en santé publique prend racine. Le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) Ile de France et l'Association de Recherche, de Communication et d'action pour l'Accès aux Traitements (ARCAT) font le constat que les associations de migrants ont du mal à se saisir de la prévention Sida et proposent à la DGS de renforcer les capacités de ces associations en matière de santé.

2.1 Formation de médiateurs en santé publique - IMEA

De 2000 à 2005, une formation de médiateurs d'un nouveau type, les médiateurs en santé publique, est mise en place sous le titre de « **Programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité** ».

Ce **diplôme universitaire (DU) de médiation en santé publique** est mis en place par **l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA)**, à partir du CHU de Bichat et en partenariat étroit avec la DGS et la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV)²⁹.

Ce programme expérimental de formation de médiateurs de santé publique s'est déployé sur **3 régions (Guyane, Ile de France, et Provence Alpes Côtes d'Azur - PACA)** et 4 sites (Cayenne, Marseille, Nice et Paris)³⁰. Il a consisté à former et à suivre des médiateurs bénévoles et salariés d'associations, impliqués et travaillant sur des questions de santé très diverses. Cette expérience pilote s'inscrivait dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des publics en situation de vulnérabilité.

²⁶ LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, Inserm, 2000, 448p.

²⁷ *La santé en France*, Haut Comité de Santé Publique, Ministère de la santé, Paris. La Documentation française. 2002

²⁸ LOMBRAIL Pierre, Accès aux soins, dans LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, Inserm, 2000, 448p.

²⁹ En mai 2009, la DIV a été transformée en Secrétariat général du Comité interministériel des villes (CIV). Placé sous l'autorité du ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, la Solidarité et de la Ville, le Secrétariat général est chargé de concevoir, d'animer et d'évaluer la politique destinée aux quartiers les plus en difficulté.

³⁰ Dans les Alpes Maritimes, à Nice : une 1ère promotion a été formée entre octobre 2002 et avril 2003 et une 2^{nde} entre octobre 2003 et janvier 2004. Dans les Bouches-du-Rhône, à Marseille : 1 seule promotion a été formée entre juin 2002 et janvier 2003. En Île de France : la 4^{ème} promotion a été formée entre novembre 2002 et mars 2003 et une session de formation continue « Périnatalité et Médiation en santé publique » a pu être réalisée courant janvier-février 2003. Un recentrage des priorités s'est opéré sur le suivi, notamment en raison de l'importance du nombre de personnes formées. Une meilleure visibilité du programme est à l'origine de la construction de nouveaux partenariats.

9 promotions (d'une vingtaine de personnes chacune) ont été formées entre juin 2000 et février 2004 : 4 promotions en Ile-de-France, 2 en Guyane, 2 à Nice, et 1 à Marseille. Ces sites ont été choisis selon des critères épidémiologiques. Pour exemple, le contexte guyanais était marqué par de faibles capacités institutionnelles et techniques du réseau associatif, un taux de chômage élevé, une infection à VIH très importante, une problématique de l'accès aux soins plus grave.

Sur les 170 médiateurs en santé publique engagés en formation, 150 ont été formés jusqu'au bout³¹ (dont 32 médiateurs guyanais). Les conditions de recrutement des médiateurs, notamment à partir du réseau associatif et institutionnel, ont été les mêmes partout. Pour les recruter, l'IMEA a recherché, au sein d'un certain nombre d'associations et d'institutions, des personnes qui appartenaient aux groupes de populations en difficulté ou qui en auraient du moins une très bonne connaissance.

L'institut a proposé une **formation de 480 heures sur 42 jours, comprenant 8 modules³², auquel se sont ajoutées environ 30 heures de formation continue.** En plus de l'étude des grandes pathologies (sida, hépatite, tuberculose...), il a été demandé aux futurs médiateurs de se pencher sur les causes de la vulnérabilité des populations et leur éventuelle fatalité, ainsi que sur certaines problématiques (drogues, alcoolisme...) qui entraînent des comportements spécifiques et nécessitent un savoir-faire particulier. Un autre module portait sur la relation d'aide et de médiation, afin de trouver la bonne posture dans le « triangle professionnel santé-patient-médiateur ». Les élèves ont également reçu des cours de droit commun sur les différents dispositifs d'accès aux soins : Sécurité sociale, AME, CMU, aide sociale à l'enfance, etc. Ils ont enfin étudié la santé d'un point de vue anthropologique.

Le programme de la formation initiale est présenté dans un document produit par l'IMEA³³.

En Guyane, des médiateurs de Cayenne, St Laurent du Maroni, et Kourou ont bénéficié de cette formation. En raison d'enjeux socio-culturels plus aigus, un module spécifique « interculturelité et santé publique » a été élaboré. **Une 1^{ère} promotion de médiateurs a été formée entre octobre 2002 et avril 2003 et une 2^{nde} entre septembre et décembre 2003** (14 semaines de formation, à raison de 4 jours par semaine). La lecture du programme détaillé³⁴ de cette dernière session fait apparaître la diversité et la qualité des intervenants mobilisés : Bruno Chautemps (SIS), Dr Félix Popotte, M. Richard Edme (DDJS), Alain Colombani (DDJS), Dr Pierre Couppié, Pr. Bernard Carme, Dr Felix Djossou, Ramon Renau-Ferrer (CHAR), Dr Josiane Castor-Newton (ORSG), Shannon Mason et Diane Vernon (CHOG), Dr Françoise Ravachol (DSDS), Dr Cathy Venturin (CG), Jean-Marc Aimable (CUCS Rémire-Montjoly) etc. Tous étaient basés en Guyane. Or, il apparaît qu'ils sont encore nombreux à exercer en Guyane en 2010.

A Marseille, Nice et en Guyane, **le suivi des médiateurs** formés s'est fait par le soutien à la mise en œuvre des projets. En Île de France, une étude a été menée auprès d'un échantillon de 12 médiateurs en poste dans différentes structures, comportant des entretiens approfondis. Un référentiel de suivi a ainsi été construit, permettant son utilisation sur tous les sites dès 2004.

³¹ *Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Présentation de Mme Catherine Chardin (DGS), Compte-rendu de la rencontre des médiateurs de santé formés par l'IMEA, réunion du 21 Novembre 2006 à MDM

³² 1) Santé et maladies ; 2) Santé publique et vulnérabilités ; 3) Médiation en santé publique et counselling ; 4) Connaissance de l'environnement institutionnel et des dispositifs juridiques, sanitaires et sociaux ; 5) Conception, conduite et revisite de projet ; 6) connaissance de l'usage de drogues et problématiques qui interrogent le système de santé ; 7) Dynamique de groupe, animation et communication ; 8) Approche interculturelle et santé publique

³³ *La formation IMEA de médiation en santé. Vers un savoir faire et un savoir être, 2000-2005*, Présentation de la formation initiale. IMEA

³⁴ Programme détaillé par semaine de la 2^{ème} session de formation IMEA en Guyane, du 15 septembre au 18 décembre 2003

Le **bilan du programme de formation de l'IMEA** a donné lieu au **colloque Médiation en Santé Publique**³⁵, qui s'est tenu à Paris le 03 octobre 2005. Les intervenants étaient des médiateurs de santé publique, des experts nationaux et internationaux, des partenaires institutionnels et associatifs du programme. Pour la Guyane, 4 médiateurs en santé publique sont intervenus : Luciano Marie-Claire et Daniel Louisy - Relais drogue solidarité (RDS), Ghislaine William - Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme (CGPA), et Elise Florimond - Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA).

Ce colloque s'est conclu par une table ronde sur les perspectives de pérennisation et développement du programme de médiation en santé en France. Comme le note Florence Raynal, « **l'hypothèse de départ, selon laquelle l'accès aux soins et à la prévention des publics qui en sont les plus éloignés peut être amélioré grâce à des relais issus de leurs rangs, semble se vérifier. Pour autant, l'avenir des médiateurs est loin d'être assuré** »³⁶.

A la recherche d'une solution pérenne

Chargée de mission au Bureau de la lutte contre les IST et le VIH à la DGS, Catherine Chardin espère voir reconnue la médiation de santé publique.

Quel est l'avenir des médiateurs de santé publique ?

Trois hypothèses, cumulables ou non, ont dès l'origine été envisagées en cas d'évaluation positive :

- **soit les interventions de médiation devraient être effectuées par des médiateurs de santé en titre, avec la reconnaissance d'un diplôme, diplôme d'État ou diplôme universitaire, voire interuniversitaire (et un programme de VAE pour les médiateurs déjà en exercice) ;**
- **soit elles seraient confiées à certains professionnels sanitaires et/ou sociaux ;**
- **soit elles seraient menées par des médiateurs ayant un champ d'action plus large.**

Aujourd'hui, une opportunité semble s'ouvrir à nous avec le plan Borloo, qui prévoit la professionnalisation des médiateurs sociaux. Dans ce cadre, nous pourrions réfléchir assez vite à la 3e hypothèse – la Direction générale de l'action sociale devant réunir un groupe de travail d'ici à fin 2005 –, à savoir l'existence de médiateurs sociaux spécialisés santé.

Qu'advient-il des médiateurs déjà formés ? Sont-ils voués à rester dans la précarité ?

Pour ceux embauchés sur des postes d'adultes-relais et dans l'incertitude de la prolongation de ce programme, il faudra sans doute transformer certains des contrats. Cela impliquerait cependant des dérogations, car les nouveaux types de contrats aidés concernent plutôt les chômeurs. Mais si nous souhaitons absolument trouver une issue pour les médiateurs en poste, nous espérons aller bien au-delà et obtenir une solution pérenne, avec des postes ne dépendant plus de contrats aidés et la reconnaissance du travail de médiation en santé. L'évaluation en cours, les actions de valorisation du programme comme le colloque du 3 octobre, la parution en cours de deux ouvrages sur la formation et la médiation de santé devraient faire avancer les choses. (Raynal, 2005)

En juillet 2006 a été édité le **Rapport d'évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA**. Ce rapport a permis aux institutionnels et aux médiateurs eux-mêmes de valoriser la médiation en santé. Comme le note Catherine Chardin³⁷ (DGS), il est difficile de quantifier, et d'estimer en « nombre de vies sauvées », « nombre de pathologies stoppées », nombre de séjours hospitaliers évités ». En effet, malgré le succès incontestable de ce programme, comment évaluer un « coût évité » ?

³⁵ <http://www.imea.fr/imea-mediation/CollMSP051003Som.php>

³⁶ RAYNAL Florence, *La médiation de santé publique en équilibre précaire*, *Transversal*, n°27, 19 octobre 2005.

³⁷ *Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*, Présentation de Mme Catherine Chardin (DGS), Compte-rendu de la rencontre des médiateurs de santé formés par l'IMEA, réunion du 21 Novembre 2006 à MDM

Dans le cadre d'une réunion organisée conjointement par la Coordination Mission France de MDM et la DGS le 21 novembre 2006, et auxquels des médiateurs en santé publique formés par l'IMEA ont été conviés, Catherine Chardin a présenté les **compétences apportées par cette formation** :

- compétence de communication envers les publics, les partenaires, voire même les média ;
- connaissance du système de santé ;
- connaissance des comportements et des enjeux en matière de santé ;
- connaissances des personnes ressources, des partenaires avec lesquels travailler.

Cependant, une formation ne suffit pas en elle seule. Selon Catherine Chardin, il faut compter entre 1 et 3 ans pour une mise en œuvre de qualité, établir les liens avec les publics, être reconnu par les partenaires, etc. Un autre facteur de réussite a trait aux structures employeurs qui doivent disposer de capacités de gestion, d'organisation, de reporting et de valorisation du travail.

Sur les 150 médiateurs formés jusqu'au bout par l'IMEA, 130 étaient en poste³⁸ en 2006. Certains ont changé d'itinéraire ou ont eu du mal à trouver les subventions pour leur projet. Le partenariat avec la DIV a permis de dégager un certain financement, via les postes d'« adultes-relais », dispositif initialement orienté vers le social et qui a été ouvert au secteur de la santé. **Sur les 32 médiateurs en santé publique vivant en Guyane formés par l'IMEA, 8 étaient en poste adulte relais en 2008 en Guyane.**

2.2 Médecins du Monde prend le relais³⁹

En 2006, MDM a présenté à la DGS un projet sur 4 ans visant à renforcer la prévention du VIH, des IST, des hépatites et de la tuberculose et améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour la population rencontrée dans les programmes de santé de Médecins du Monde en France, notamment dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientations (CASO) et les actions mobiles, soit environ 20 000 bénéficiaires par an attendus. Ce projet comportait au départ 3 objectifs spécifiques. Un 4^{ème} objectif a été ajouté à la demande de la DGS : « **maintenir actif un réseau permettant de promouvoir des interventions de médiateurs en matière de santé, notamment dans le champ de la prévention et de l'accompagnement vers une prise en charge globale rapide (droits sociaux, administratifs et accès aux soins)** ».

Pour répondre à cet objectif les actions de MDM se sont portées sur :

L'organisation de séminaires ou rencontres

Le 21 novembre 2006, un premier séminaire a réuni au siège de MDM 66 médiateurs de santé publique venant des 3 régions ciblées par l'IMEA : Guyane, Ile de France, et PACA. Ces médiateurs n'avaient pas été réunis depuis leur formation. Catherine Chardin (DGS) a présenté l'évaluation de la formation dispensée aux médiateurs de santé publique formés par IMEA, et Nathalie Simonnot a fait part des actions de la Mission France. Les médiateurs ont décidé de créer un collectif ou une association et des responsables ont été élus dans chaque région.

Le 13 décembre 2007, un deuxième séminaire a réuni au siège de MDM 50 médiateurs de santé publique venant des 3 régions ciblées. L'ordre du jour de ce séminaire a été préparé avec les médiateurs au cours de téléconférences. Lors de ce séminaire, un point institutionnel sur l'évolution de la médiation en santé publique a été fait : Catherine Chardin de la DGS, Christophe Bernard de la DRASS, Joëlle Martichoux de ACSE, Catherine Richard de la DIV étaient présents. Par ailleurs, un état des lieux sur les postes occupés par chaque médiateur, et l'évolution de ces postes depuis leur formation à l'IMEA, a été fait lors de ce séminaire. Chaque responsable ou un de ses représentants a fait un point sur le fonctionnement du collectif ou de l'association dans chaque région. Ainsi, à Paris, un collectif s'est créé. En Guyane, les médiateurs se sont rassemblés en association. A Nice, c'est un

³⁸ Le médiateur en santé publique, lien avec les publics vulnérables, QuotMed, 16 mars 2006.

³⁹ Extrait d'un document réalisé par Marie Dominique Pauti (siège de MDM), transmis à GPS le 29 octobre 2010

collectif qui a été mis en place. A Marseille, il n'y a pas de collectif mais plusieurs associations qui travaillent en partenariat.

Ainsi, la rencontre annuelle des médiateurs au siège de MDM en 2006 a permis de créer une dynamique pour la constitution de ces collectifs.

En janvier 2008, les médiateurs ont rencontré Joëlle Martichoux de l'ACSE, au siège de MDM, afin d'évoquer la façon de faire évoluer la reconnaissance de la médiation en santé publique.

L'organisation de formations

En février 2007, une convention a été signée entre le CRIPS Ile-de-France et MDM. 3 sessions de formation sur la « Sensibilisation à la prévention de l'infection à VIH/SIDA, les IST, les hépatites » ont été organisées en 2007. Elles se sont ouvertes à 15 personnes par session : les bénévoles et/ou salariés de MDM et 3 médiateurs de santé publique formés par l'IMEA. **Trois médiateurs de santé publique, venant de Marseille, d'Ile de France et de Guyane, ont été formés.** 9 places leur étaient réservées sur l'année, mais 3 médiateurs seulement se sont inscrits.

En 2008, ce sont 4 sessions de formation qui ont été organisées et 4 places par session ont été réservées aux médiateurs de santé publique : **quatorze médiateurs de santé publique ont été formés, venant de Marseille (1), d'Ile-de-France (7), de Nice (4) et de Guyane (2).** Seize places leur étaient réservées sur l'année, et 14 médiateurs se sont inscrits. Ainsi il y a eu une beaucoup plus grande mobilisation des médiateurs en 2008 qu'en 2007. La réunion annuelle des médiateurs au siège de MDM en décembre 2007 a sans doute permis de les remobiliser pour les formations 2008.

En 2009, alors que le même nombre de places leur étaient réservés, seuls 7 médiateurs se sont inscrits. MDM note ainsi un certain « essoufflement » pour les formations.

La convention entre MDM et la DGS a été renouvelée pour 4 ans (2010-2013) et les formations sont toujours ouvertes aux médiateurs. En 2010, 2 formations ont été animées par le CRIPS, bénéficiant à 4 médiateurs : 3 de Nice et 1 de Cayenne.

Un partenariat avec MDM, sur le terrain, en Guyane

En Guyane, en 2007, MDM et les médiateurs ont commencé à réfléchir à une convention dont l'objectif était de développer, en étroite coopération, des actions médico-sociales de promotion de la santé, de santé communautaire ou encore d'accompagnement médico-social auprès des personnes en difficultés d'accès au système de santé de droit commun dans des quartiers défavorisés de l'Ile de Cayenne.

Cette convention a été signée entre MDM et le collectif de médiateurs, l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique (ARMSP), en mars 2008. Des médiateurs ont été formés à la promotion de la santé par l'équipe du CASO de Cayenne et travaillent activement sur le terrain avec MDM. La coordinatrice du projet, au siège de MDM, s'est rendue à Cayenne en octobre 2008 et a pu assister à leurs interventions. Elle a constaté l'énorme travail fait sur le terrain.

Positionnement actuel de MDM

Nous pensons donc, qu'à l'heure actuelle, l'objectif opérationnel a été atteint et que MDM a accompagné les médiateurs afin de créer une dynamique. **La principale revendication des médiateurs est de faire reconnaître la médiation en santé publique, et de parvenir à une vraie professionnalisation de leur métier.** Il nous semble que cette revendication dépasse maintenant le champ d'intervention et les compétences de MDM, et que **cette revendication ne peut aboutir que grâce à la poursuite de la mobilisation des institutionnels (Ministère de l'emploi, DGS, ACSE, DIV...).** Aussi, nous pensons que cet objectif ne doit plus apparaître en tant que tel.

En revanche, nous pensons important de maintenir un lien avec les médiateurs de santé publique et ce de deux façons : en continuant à leur ouvrir des places lors des formations sur la prévention et le counselling organisées au CRIPS ; en valorisant et en témoignant de l'importance du travail des médiateurs de santé publique au sein des équipes de prévention, notamment auprès des publics que nous rencontrons.

Nos équipes de prévention sont composées partout en France d'équipes multidisciplinaires (accueillants, infirmiers, médecins...). A titre d'exemple, **le travail des médiateurs dans notre équipe de Cayenne est fondamental et unanimement reconnu**. En effet, ils connaissent les codes d'un quartier, d'une communauté. A l'interface de deux cultures, sanitaire et communautaire, ils créent un lien entre les patients et les soignants et aident à surmonter les « conflits culturels », jouent **un rôle de passeurs entre deux cultures**. Parce qu'ils possèdent un « capital confiance », ils peuvent parler de la santé à des populations souvent exclues des soins ou réticentes vis-à-vis de l'institution médicale. Ainsi, cela permet aux patients d'accéder à plus de prévention, plus de soins et à une meilleure observance.

2.3 Réseaux de médiateurs en santé publique

Suite à la formation des médiateurs en santé publique proposée par l'IMEA, les médiateurs en santé publique se sont organisés. **Des associations, collectifs, fédérations ont émergé dans différentes régions.**

- **2005 : création du Groupement des médiateurs des Alpes Maritimes**, également appelé **Groupement National des Médiateurs de la Côte d'Azur**, qui a pour objet :
 - o de créer des rencontres ;
 - o d'organiser des conférences ainsi que des débats ;
 - o d'initier les médiateurs à la formation ;
 - o de favoriser les échanges et les projets communs ;
 - o de développer les échanges avec les médiateurs du département et d'ailleurs ;
 - o de renforcer le lien entre les médiateurs, les institutions, les associations ;
 - o de défendre la reconnaissance des médiateurs.

Présidée par M. Bachir Ravig, cette association est basée à Nice. Elle a élaboré une charte du médiateur en santé publique et dispose d'un site Internet contenant de nombreuses ressources : <http://www.association-mediateurs.org/>

- **2006 : en Guyane, création de l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique (ARMSP)**, qui a pour objectifs principaux de :
 - o développer avec les institutions les activités des médiateurs en santé publique,
 - o participer à la lutte contre l'exclusion,
 - o favoriser l'accès à la santé des personnes en situations de vulnérabilités,
 - o permettre la création d'un diplôme national du Médiateur en Santé Publique etc.

- **2006 : création du Collectif francilien de la médiation en santé publique**, en vue de la promotion de ce nouveau métier. Cette association a pour but :
 - o d'informer et d'assurer la promotion de la médiation en santé publique en France ;
 - o d'obtenir la reconnaissance professionnelle et institutionnelle de ce nouveau métier, par la Commission nationale de la certification professionnelle (CNCP) du Ministère de la Santé et des Sports ;
 - o d'organiser les événements et publications ayant trait à la médiation en santé Publique.

Plusieurs actions ont été développées : participation à l'évaluation des médiateurs en santé publique réalisée par la DGS en 2006, présentation du collectif aux journées de la prévention de l'INPES en 2008 dans le cadre de l'intervention « La médiation en santé publique, une spécialisation à mieux connaître »⁴⁰, rédaction d'un chapitre sur la médiation en santé dans le rapport YÉNI, tenue d'un stand aux journées internationales de la qualité hospitalière en 2008.

⁴⁰ SANCHEZ Gérald, *La médiation en santé publique, une spécialisation à mieux connaître*, Collectif de médiateurs en santé publique Paris et Ile de France, présentation aux Journées de la Prévention de l'INPES, 2008.

Sensible à une réflexion sur la médiation en santé, MDM a financé la conception du site Internet de ce collectif <http://www.cfmssp.org/>, vitrine nationale de la médiation en santé publique.

Il semble qu'au travers des rencontres, séminaires, et formations, **MDM a joué son rôle de remobilisation des médiateurs de santé publique**. Certains groupements des médiateurs se sont notamment dotés de sites internet. Ainsi, ces nouveaux outils ont permis de faire connaître la médiation en santé publique et de créer du lien entre les médiateurs eux même.

Parallèlement, de nouveaux réseaux de médiateurs sociaux ont émergé, à l'instar de France médiation⁴¹.

2.4 Intervention du Dr Thierry TROUSSIER (DGS) dans le cadre du séminaire

Historique

La question de la médiation en santé a été soutenue au niveau du ministère de la Santé par le Bureau chargé du VIH et des IST de la Direction Générale de la Santé pour des raisons "historiques", les promoteurs du programme expérimental étant issus du secteur associatif intervenant en matière de prévention et accompagnement des personnes concernées par le VIH : Crips et Arcat notamment.

Pendant cinq années, de 2001 à 2005, le Ministère de la Santé a financé et promu un programme expérimental de formation initiale et continue d'environ 500 heures sur 6 mois puis de suivi pratique sur leur terrain professionnel pour un peu plus de 150 médiateurs de santé publique intervenant sur 3 régions : Ile-de-France, PACA et Guyane. Plusieurs d'entre vous ont été formés à cette époque.

Pour le Ministère de la Santé, ce dispositif contribue à la réalisation de l'objectif de santé publique de « réduction des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires ». Ce dispositif s'inscrit au niveau des régions dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

Evaluation du dispositif expérimental

Comme vous le savez sans doute c'est en 2006 que le ministère a fait procéder à une évaluation externe de ce dispositif.

Cette évaluation a permis de récapituler les fonctions essentielles exercées par les médiateurs :

- incitation à une démarche de dépistage, de prévention ou d'accès aux soins auprès de populations peu sensibilisées sur ces questions (information individuelle ou collective sur les lieux de vie quotidienne des personnes)
- interface et facilitation des échanges entre le public et les acteurs de santé
- écoute et accompagnement individuel des personnes, aide à l'ouverture de droits
- orientation vers les structures médico sociales adéquates
- accompagnement à l'observance et au suivi de traitements au long cours, aide au maintien de comportements préventifs
- observatoire, suggestions et recommandations auprès des structures sanitaires et sociales pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics précaires

L'évaluation a constaté que l'intervention des médiateurs de santé permettait :

- un apport incontestable aux personnes aidées,
- un apport important aux professionnels et institutions sanitaires,
- un apport indirect au système de santé dans son ensemble par le biais des informations recueillies sur les attentions, les représentations, les comportements de publics spécifiques.

L'évaluation a estimé les besoins à l'échelle nationale :

⁴¹ Voir I.3 Professionnalisation et reconnaissance de la médiation

- environ 300 médiateurs seraient nécessaires sur tout le territoire spécifiquement dédiés à des actions de santé, avec une formation initiale de 200 heures minimum sur les questions de santé et d'accès aux soins ;
- une partie de la formation suivie par tout médiateur socio-culturel devrait par ailleurs être consacrée aux grandes problématiques de santé.

L'évaluation préconisait un appui important dans la phase expérimentale sur les contrats aidés par l'Etat (en pratique, 2/3 des médiateurs formés par IMEA et exerçant toujours 2 ans après la formation étaient salariés sur des supports d'adultes relais).

Le coût annuel d'un poste de médiateur est évalué à environ 30 000 €.

Pour progresser en matière de reconnaissance de la professionnalisation des médiateurs de santé, il nous faut bien sûr établir un lien avec les médiateurs sociaux.

Etablir un lien avec les médiateurs sociaux

Depuis les années 1980, des fonctions de médiateurs sociaux, ou médiateurs socio-culturels ont émergé, sous des appellations diverses.

Séminaires, enquêtes, groupes de travail se succèdent depuis lors, faisant progresser pas à pas la reconnaissance de ces fonctions. Une charte de référence de la médiation sociale a permis en 2001 de préciser le cadre d'intervention des médiateurs sociaux :

- la neutralité,
- l'impartialité,
- la négociation et le dialogue,
- le libre consentement et la participation des parties en relation,
- la mobilisation des institutions et d'un réseau partenarial,
- la protection des droits et des personnes et le respect des droits fondamentaux.

La loi de cohésion sociale en 2005 a inscrit la question de la professionnalisation des médiateurs sociaux parmi les réponses pouvant permettre de contribuer à créer ou restaurer du lien social.

Un groupe de travail sur la reconnaissance des métiers de la médiation sociale est constitué depuis mars 2010 à l'initiative du Comité Interministériel des Villes, de l'Agence pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances et de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Il faut bien reconnaître que fin 2010, la stabilité professionnelle est loin d'être acquise pour les médiateurs, quel que soit leur domaine d'intervention. Les conditions d'emploi sont souvent précaires et le métier de médiateur peine à se sortir de son image d'emploi d'insertion, tremplin vers d'autres voies professionnelles supposées « plus nobles », que l'on atteint par le biais de la Validation des Acquis de l'Expérience : éducateur, travailleur social, conseiller en économie sociale et familiale, etc.

Dans toutes ces instances, la Direction Générale de la Santé fait entendre la « voix de la santé » : ces démarches faites pour « aller vers » les publics les plus éloignés des institutions, « faire avec » ces publics et non à leur place, « faciliter le dialogue » entre publics souvent marginalisés et institutions méconnues ou mal perçues sont tout aussi utiles en matière de prévention et d'accès aux soins qu'en matière d'amélioration de la sécurité dans un quartier ou dans des transports, d'amélioration des résultats scolaires, de développement d'activités culturelles, sportives ou de loisirs, d'accès facilité aux droits sociaux.

Le champ de la santé n'est pas toujours évoqué lorsque sont énumérés les principaux domaines dans lesquels est reconnu l'impact positif de l'intervention de médiateurs. D'où l'importance du travail conduit aujourd'hui en Guyane. D'où notre rôle pour témoigner sur la qualité des services rendus depuis des années par les médiateurs de santé.

Etablir un lien entre les différents intervenants santé

Il s'agit pour nous de se faire connaître et re-connaître aux côtés du monde du social pour atteindre ensemble une vraie reconnaissance des fonctions de médiateurs.

Et il s'agit aussi de regrouper dans le champ sanitaire les différents accompagnants qui ont développé un savoir faire, ont le plus souvent fait évaluer leur travail et obtenu la reconnaissance publique de l'utilité de leurs interventions et qui, pour autant, peinent à être professionnellement reconnus. On peut citer :

- les médiateurs de santé publique, dont beaucoup interviennent « historiquement » dans le champ des IST, VIH, hépatites, mais pas uniquement ;
- les agents de santé communautaires qui ont souvent les mêmes missions d'information, d'accompagnement en matière de prévention, dépistage, accès aux soins que les médiateurs de santé ;
- les écoutants qui ont souvent vu évoluer leurs fonctions d'informateurs et d'orientateurs vers celles d'accompagnants ;
- les éducateurs thérapeutiques qui appartiennent plus fréquemment au monde professionnel sanitaire traditionnel, mais pas uniquement puisque de plus en plus d'intervenants associatifs revendiquent un rôle professionnel en la matière ;
- les techniciens d'insertion intervenant plus spécifiquement avec les personnes touchées par des maladies neuro musculaires ;
- les pairs aidants qui agissent dans le domaine de la santé mentale.

La liste n'est pas exhaustive....

Nous avons parfois l'impression d'une nébuleuse qui gagnerait à être resserrée et à trouver un concept générique qui recouvrerait ces différents accompagnants prévention santé pour permettre une meilleure visibilité, une reconnaissance par les autres professionnels et ainsi accéder à un cadre professionnel qui serait plus confortable et permettrait d'optimiser les moyens.

C'est ce à quoi nous devons nous employer, tous ensemble... Quelles sont aujourd'hui les perspectives que l'on peut estimer accessibles ?

Perspectives

Un de nos objectifs doit être de tenter de capitaliser les expériences dans les différents secteurs et de progresser ensemble pour permettre une plus grande visibilité, sans dispersion, et ainsi limiter la perte des moyens.

Ainsi, il deviendra possible d'inscrire les médiateurs de santé dans les moyens prioritaires à utiliser pour conduire des programmes de santé publique efficaces (c'est ce qui est fait actuellement dans plusieurs plans ou programmes : VIH, personnes atteintes de maladies chroniques, cancer...).

Il sera possible aussi de faire apparaître le rôle des médiateurs de santé dans des lois de santé publique, de manière à faciliter :

- le développement de formations appropriées,
- l'obtention de crédits pour financer les postes,
- la stabilité et la sécurité professionnelle.

Lors des discussions préalables à la dernière loi de santé publique de 2009, un amendement a été proposé par un parlementaire guyanais pour inscrire un référentiel de métier et de formation de médiateur en santé publique dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient. La ministre, à l'occasion du débat ouvert autour de cette proposition d'amendement, a affirmé : « les médiateurs jouent effectivement un rôle très important en particulier auprès de populations en situation de précarité et fragilisées. Des acteurs très différents, aux formations très diversifiées, interviennent dans le domaine de la médiation en santé publique. Toutefois, on ne peut créer un nouveau métier à l'occasion de la discussion d'un texte consacré à l'éducation thérapeutique des patients. Il conviendrait d'ailleurs d'effectuer un travail préalable d'expertise, de concertation, de définition des contours du métier et de la formation. ». La voie est donc ouverte, et élargie par les travaux conduits aujourd'hui avec GPS...

La plupart des responsables institutionnels et professionnels de santé sont aujourd'hui convaincus de l'importance qu'il y ait des alliés aux côtés des professionnels traditionnels de santé pour rendre effectif l'accès à la prévention et aux soins de tous, y compris et surtout de ceux qui n'y ont pas spontanément recours. Parmi ces alliés, il y a les médiateurs de santé et nous devons poursuivre nos efforts conjugués pour mieux communiquer sur l'importance du rôle des médiateurs en santé, et permettre une reconnaissance et une stabilité professionnelles.

3. La médiation (inter)culturelle

« Rares sont ceux, parmi les usagers français, qui maîtrisent le fonctionnement des dispositifs sanitaires et sociaux de notre pays. Alors, que dire des populations "vulnérables" »⁴² ? **Les questions sociales et leurs impacts sanitaires concernent de manière disproportionnée les publics qualifiés de « migrants ».**

En Guyane, la médiation (inter)culturelle et linguistique concerne aussi bien les personnes migrantes (environ 33 % de la population) que les groupes ethniques régionaux (52%), moins de 15% des résidents en Guyane étant de langue maternelle française.⁴³ Les médiateurs jouent en rôle de passeurs entre deux langues, deux cultures ethniques mais également une « culture » technique administrative ou sanitaire et celle de la population.

3.1 Médiation culturelle en santé

« La médiation interculturelle dans le domaine des soins de santé n'en est plus au stade expérimental. **L'hypothèse selon laquelle des problèmes de communication entraînent une mauvaise gestion du capital santé est vérifiée et la présence des médiateurs interculturels est reconnue comme un bénéfice.** Il y a lieu d'encourager et de valoriser le travail des médiatrices, en identifiant clairement la médiation interculturelle dans les soins de santé comme étant une **action spécifique faisant partie de tout un ensemble d'actions cohérentes visant à promouvoir l'éducation à la santé des patients migrants.** En effet, la santé des migrants est étroitement liée à leur situation sociale. Une bonne santé est en premier lieu garantie par des droits et des chances identiques. Les efforts menés dans le cadre de la santé des migrants ne peuvent dès lors être séparés d'une politique générale d'émancipation et de reconnaissance sociale de ces populations. **En ce sens, la médiation n'est pas une fin en soi mais un moyen de tendre vers l'autonomisation des patients.** Il s'agira donc de mettre en place toute une série d'actions (formation spécifique dispensée au personnel médical et paramédical qui travaille en milieu immigré, entre autres) dont le médiateur interculturel serait le moteur principal »⁴⁴.

Extraits de : *Evaluation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé*⁴⁵

Le point commun de ces différentes PASS est la présence forte d'assistantes sociales. Parmi les ressources humaines mobilisées autour des PASS, on compte également des interprètes, qui sont le plus souvent affectés à l'ensemble de l'hôpital. **« 37 PASS sur 229 [enquêtées] ont répondu à cette question (soit 16%.) Parmi ces 37 PASS, seules 2 d'entre elles ont un interprète qui leur est rattaché partiellement.** Celui-ci est très souvent rattaché à l'hôpital. 7 interprètes interviennent sur vacations. **Très peu d'interprètes (5) interviennent dans un lieu spécifique PASS.** Les autres interviennent soit au service des urgences (7), soit dans un service de spécialité (4). Beaucoup d'entre eux n'ont pas de lieux spécifiques pour leur intervention, ils proposent des services par téléphone ».

Plus loin, on apprend que **« la précarité peut avoir de multiples visages, elle ne se limite pas à l'absence de couverture sociale. La sensibilisation et formation du personnel à cette problématique et à l'utilisation d'outils de repérage sont d'autant plus utiles que les PASS sont organisées en dispositifs transversaux ou rattachées à certains services ».**

⁴² Le médiateur en santé publique, lien avec les publics vulnérables, QuotMed, 16 mars 2006.

⁴³ Approximation 2005 www.tfq.ulaval.ca/axl/amsudant/guyanefr2.htm

⁴⁴ ES-SAFI Latifa, *La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant*, Pensée plurielle, n°3, 2001/1, pp.27-34.

⁴⁵ FABRE Catherine, BAUDOT Vincent, TOULEMONDE Sibylle *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*, Gres Médiation Santé, Commande Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Octobre 2003.

3.2 Médiation interculturelle et linguistique dans l'ouest guyanais - Mama Bobi

Centre de formation Mama Bobi

Interculturalités & citoyenneté « Vers un modèle d'intégration pluraliste ... »

BP 27 20, boulevard Général de Gaulle, 97393 Saint-Laurent du Maroni cedex

Tél - fax : 0594 34 49 59 mamabobi@wanadoo.fr

La mise en place de médiateurs interculturels et linguistiques nous a permis immédiatement de nous engager professionnellement dans l'illustration de la notion de capital humain. Notion sociale chère à notre structure de formation, dont l'une des vocations essentielles est de favoriser en nos quartiers et kampu du bas-Maroni un développement homogène et intégré. Ceci dans le cadre d'une Cohésion sociale poussée jusqu'à l'Égalité des chances...

Les médiateurs, mis en autoformation à Mama Bobi, ont pu ainsi découvrir leurs talents et les développer dans une dynamique de terrain implacable. Ils ont intégré une autoformation exigeante à même de leur permettre de forger en équipe, les outils interculturels avec lesquels ils travaillent aujourd'hui.

Leurs expériences de terrain uniques, au plus près de problèmes sociaux fortement culturels en amont, les ont impliquées très vite dans une indispensable médiation linguistique. Confortant les bases de la communication interculturelle, ici mises en avant. Des techniques indispensables en nos sociétés pluriethniques et pluri idiomatiques dans l'élaboration et l'entretien de liens sociaux durables. Techniques incontournables dans l'édification d'une Cohésion sociale à base multiculturelle. Et dans la perspective de comportements solidaires et citoyens.

Le travail accompli ces dernières années grâce aux médiateurs en notre structure, a sans doute rendu plus concrètes, les solutions imaginées par les travailleurs sociaux. En répondant aux constats des divers schémas directeurs proposés jusqu'ici dans le bas-Maroni (CUCS, ...).

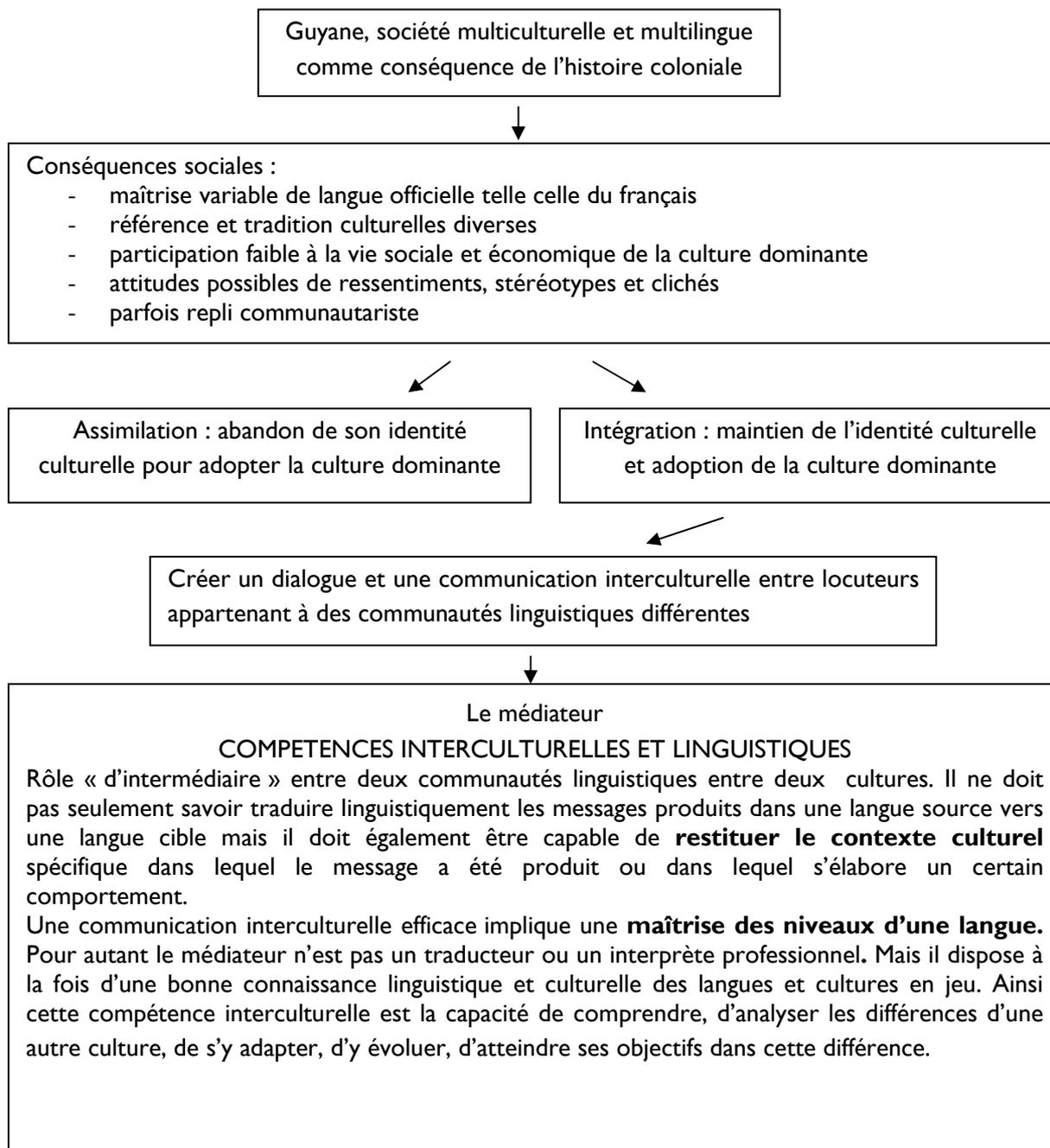
La pratique professionnelle des médiateurs de Mama Bobi s'apparente à l'apprentissage et à la mise en œuvre de nombreuses techniques de médiation interculturelle et linguistique à même d'être transmises désormais. Transmission en action à des relais d'éducation populaire formés à cet effet sur le terrain. Ceci dans de nombreux domaines expérimentés tels que le soutien scolaire, l'animation de programmes de prévention, d'éducation à la santé d'éducation à l'environnement, etc., et en fin de compte, l'exercice de la citoyenneté.

Le choix d'actions, de soutiens et de formations tout au long de la vie en des quartiers émergents et kampu informels du bas-Maroni à travers des approches transversales (la langue et la culture d'origine des habitants) à en outre conforté les médiateurs dans leur professionnalisation. Notamment là, où une approche fine et confidentielle, touchant la santé, la cellule familiale ou les inévitables mutations psycho-sociales par exemple, paraissait essentielle.

Le travail des médiateurs a surtout permis de former de nombreux relais de quartiers à la maîtrise de ces outils d'Éducation Populaire. Ce qui, dans le contexte pluriculturel de l'ouest Guyanais, constitue une réelle innovation dans la transmission / reconstruction des valeurs communes. De la responsabilité individuelle à l'initiative collective. Ceci à travers des liens intergénérationnels d'une richesse insoupçonnée. A redécouvrir et à reconsidérer. Comme un inépuisable capital social. Capital humain égal capital social.

Le travail des médiateurs au sein de notre structure aura été de forger avec les populations concernées, de vraies passerelles interculturelles et linguistiques. Dans la juste appréciation de ces deux notions. Sociale et Humaine. La richesse partagée de notre société du bas-Maroni en formation. Ici, avec tous les partenaires engagés dans la même direction. Vers une citoyenneté participative et une intégration pluraliste. Notre ambition.

Concept, rôle et utilité de la médiation interculturelle et linguistique



Pour une contribution à la construction de l'identité dans l'environnement multiculturel du bas-Maroni

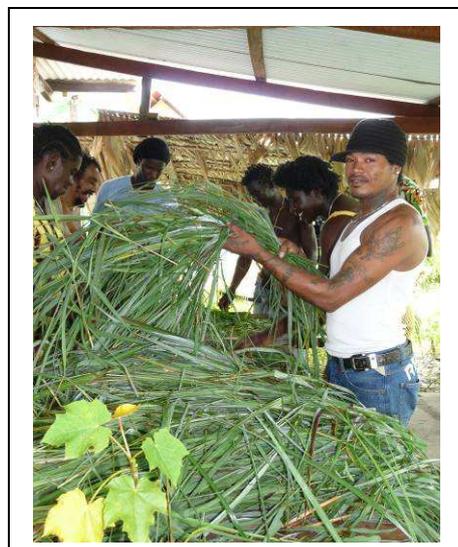
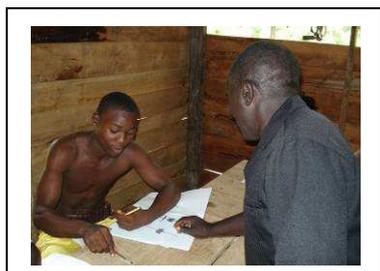
Les formations trilingues français/nenge/saamaka que nous proposons tout au long de leur vie à nos stagiaires originaires du Maroni s'appuient sur les acquis de chacun d'entre-eux dans leur parcours personnel. La part faite aux connaissances, et savoirs-faire traditionnels (ethnoscience) transmis correctement est au moins équivalente à celle accordée à la somme des apprentissages scolaires. S'il y a eu lieu.

Une évaluation globale - suivie parfois de mise à l'épreuve -, conduit chacun de nos stagiaires à se situer au mieux de ses compétences réelles dans le cursus qu'il désire suivre avec nous. Dans sa langue et / ou en français.

La maîtrise de l'écrit de la langue maternelle est ce qui autorise une juste évaluation de ce que « sait », « sait faire » et « veut faire » le stagiaire. Ce qu'il peut approfondir et améliorer auprès de ses pairs.

Les connaissances pratiques - en liaison avec l'usage raisonné de l'environnement - offrent les meilleurs exemples de l'intégration du stagiaire au pays réel : le nom des plantes, des arbres, et leurs

divers usages ; les habitats de la faune sauvage et le calendrier de leur prélèvement ; les réalités hydro/géographiques du bassin du Maroni ; les savoirs de base et les modifications à apporter à l'agriculture sur brûlis, le passage des principaux sauts, la production et la transformation des végétaux, etc.



Une évaluation correcte des acquis culturels, - porteurs d'autoformation - là où l'intégration au pays légal reste le plus souvent laborieuse : sauts d'obstacles ; parcours du combattant voire confrontation à l'incohérence administrative ; et pire, là où la Mal-insertion en milieu urbain / peri-urbain produit chaque jour des dizaines de jeunes en errance, quasi-analphabètes et menacés d'exclusion dans leur propres aires culturelles ...

La compétence interculturelle autorise une alternative au Mal-développement, à l'exclusion. En favorisant l'Auto-formation, la critique positive des modèles d'insertion proposés et la participation immédiate aux compétences collectives telles que la Santé Communautaire, l'Education à l'Environnement et à la Citoyenneté. Forgeant ainsi dans le bas-Maroni la dynamique de savoir-faire et de savoir-être d'une intégration pluraliste.

La Compétence Interculturelle est la somme de techniques de communication éprouvées (Médiation interculturelle et linguistique, Régulation non-violente des conflits, Alphabétisation familiale, Dialogue interculturel) avec les Autorités Coutumières et dans un cadre transfrontalier ; Et la synthèse des acquis culturels, sociaux et citoyens mis en valeur tout au long de la vie.

Ces formations trilingues que nous proposons depuis 20 ans aux jeunes du bas-Maroni participent ainsi à la construction de la Cohésion sociale en élaborant des outils d'autoformation et des passerelles réalisant concrètement l'Egalité des chances en soulignant la lutte contre les discriminations.

Ces formations adaptées au terrain et émancipatrices engagent les stagiaires, à leur rythme, sur des pistes de développement dont les compétences collectives et individuelles affermissent les modalités d'un développement réellement homogène et intégré.

Ces formations suivent en cela les recommandations du Conseil de l'Europe quant aux principes et méthodes du Dialogue Interculturel. Plusieurs programmes de formation proposés par Mama Bobi ont obtenu le label du « Dialogue Interculturel ».

Depuis 2009 notre structure entend également participer aux travaux d'Eblul France (Comité français du bureau européen pour les langues moins répandues).



« Apprenons la langue maternelle à l'Ecole » Une revendication populaire unanime ?



Livre blanc sur le dialogue interculturel « Vivre ensemble dans l'égalité »

Extrait du doc CM 2008

3.2 Construction, de l'identité dans l'environnement multiculturel

(...) « Le libre choix de sa culture est fondamental ; c'est un élément constitutif des droits de l'homme. Tout individu peut, simultanément ou à diverses périodes de son existence, faire le choix d'adhérer à plusieurs systèmes de référence culturels différents. Même si chaque individu est, dans une certaine mesure, le produit de son héritage et de ses origines sociales, dans les démocraties modernes contemporaines, tout un chacun peut enrichir son identité en optant pour une multiple appartenance culturelle. Nul ne devrait être enfermé, contre son gré, dans un groupe, une communauté, un système de pensée ou une vision du monde; toute personne devrait, au contraire, être libre de renoncer à des choix du passé et de faire de nouveaux choix, dès lors que ceux-ci sont conformes aux valeurs universelles des droits de l'homme, de la démocratie et de la primauté du droit. L'ouverture et le partage réciproques sont des composantes de la pluriappartenance culturelle. L'un et l'autre constituent les règles de coexistence entre des individus et des groupes, qui sont libres de pratiquer les cultures de leur choix, dans la seule limite du respect des autres.

Ainsi le dialogue interculturel est important pour gérer la **pluriappartenance culturelle** dans un environnement multiculturel. C'est un outil qui permet de trouver constamment un nouvel équilibre identitaire, qui répond aux nouvelles ouvertures ou expériences et ajoute à l'identité de nouvelles dimensions sans perdre ses propres racines. Le dialogue interculturel nous aide à éviter les écueils des politiques identitaires et à rester ouverts aux exigences des sociétés modernes. » (...)

Concept, rôle et utilité de la médiation interculturelle et linguistique en santé ... communautaire

D'après l'OMS, la santé communautaire est « un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté ».

La Santé communautaire implique donc :

Une base collective pour des actions à construire (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs)



Un diagnostic communautaire : un repérage collectif des problèmes des besoins, et des ressources



La participation ouverte à tous les acteurs concernés (usagers, spécialistes, professionnels, administrations, politiques...) ce qui signifie :

- l'implication de la population (dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus) ;
- le décloisonnement professionnel, la transdisciplinarité, la pluridisciplinarité ;
- le décloisonnement institutionnel (intersectorialité) ;
- le partenariat ;
- le partage de savoirs et de pouvoirs.

En Santé Communautaire une connaissance utile est connaissance qui se rapporte aux problèmes réels de la communauté et qui est exprimé dans son langage propre. Cela évite la nécessité pour la population d'apprendre, pour comprendre ses propres problèmes, un langage qui n'est pas le sien et qui faute de la possibilité d'une réappropriation pleine et entière, est un instrument d'oppression supplémentaire. Dès lors les messages sont d'autant plus facilement acceptés par une population qu'ils sont relayés par des personnes de l'entourage assez proche auxquelles on peut se fier.

Un projet de santé Communautaire nécessite un investissement important d'écoute, d'analyse, de négociation. Le travail communautaire est vorace en temps : relations avec la population, avec ses représentants, avec les institutions, les réseaux formels ou informels.

(Gwénola Levasseur professeur de médecine général : UFR Rennes)

Le réseau de santé communautaire

Dès sa création (1990) Mama Bobi – à travers la commission Gusontu (Santé) – a jeté les bases d'un réseau de santé communautaire.

Il s'agissait de répondre aux urgences de l'époque : la malnutrition et le début de la pandémie HIV/SIDA.

Avec l'ouverture de carbets de nutrition sur le fleuve et des campagnes de sensibilisation auprès des jeunes mères, puis par une équipe de « jeunes-relais » investie dans une campagne de prévention avec l'ORSG, il s'agissait des premières solutions concrètes mise en place dans un esprit de Santé Communautaire par et pour les populations concernées.

Dès 1994, les programmes d'Education à la Santé élaborés en langues locales (Sranan-tongo, Nenge-tongo, Saamaka et Wakaman-tal) ont associé dans une dynamique transfrontalière des organisations de Moengo, Albina et Paramaribo (Suriname) telles que Stichting Iobi et Medische Zending.

Dans un égal dynamisme, un accompagnement spécifique des personnes souffrant d'addictions sévères et désireuses de « s'en sortir » à été réalisé avec Tradipraticiens pour fonder le centre de



désintoxication par la phytothérapie « Go sa kon » (L'issue est possible). Structure de Santé communautaire qui assure plusieurs centaines de prises en charge depuis.

Après une décennie d'expériences, il a été fondé à leur tour deux organisations satellites de Mama Bobi vers ces publics ciblés afin de mieux assurer la participation des usagers et de leurs familles dans leur parcours d'accès aux soins. Addict'ouest (2003) qui depuis a réalisé une soixantaine de prises en charges et Immun'ouest (2003) qui discrètement assure un accompagnement en marge des structures professionnelles mises en place depuis (CISHI, AIDES, Matoutou, ...).

A cette époque nous suivions attentivement les travaux du Dr Estelle Carde en ce qui concerne sa critique de terrain du PRAPS de St Laurent, puis, dans un contexte national ses travaux à l'INSERM.

Ici à la suite de ses travaux – Mama Bobi étant membre de la structure AMADES (Anthropologie Médicale Associée au Développement et l'Education à la Santé) – nous avons pu jeter la base d'une étroite collaboration entre les praticiens de santé traditionnelle et la bio-médecine.

Depuis, des dizaines de rencontres et visites sur le terrain ont permis à de nombreux acteurs de santé et sociaux de faire le point sur les diverses complémentarités et/ou incompatibilités entre les deux prises en charge.

Une information claire et précise en langue locale et particulièrement adaptée aux populations du fleuve a permis de mieux saisir la portée du PRAPS, et en amont, sur les libertés du choix de sa médecine et la prise en compte réelle de son coût et obligations.

Plus tard, nous avons accompagné sur le terrain, toutes les campagnes des professionnels de Santé publique (MST/SIDA, Addiction, Nutrition, ...) par la mise à disposition de relais formés et rémunérés par nos soins et l'élaboration d'outils (documents très adaptés aux réalités sanitaires et sociales du Maroni).

Plus tard encore, nous avons systématiquement traduit les questionnaires touchant le bien-être et la santé des populations et même réalisé de nombreuses enquêtes en parallèle aux intervenants de santé publique (ASV, ORSG, ...) Soit plusieurs centaines d'heures de présence et plusieurs centaines de documents.

En 2004, nous avons ouvert sur la commune d'Apatou au lieu-dit Société Laforestière « un lieu de vie » accueillant pour une post-cure et une resocialisation, de nombreuses personnes en difficultés (Addict'ouest).



Et en 2006, nous avons ouvert discrètement un autre lieu de vie sur St Laurent assurant un hébergement temporaire pour des personnes de passage dans un contexte d'accompagnement thérapeutique (Immun'ouest). Depuis plus de cents personnes sont passées par l'une ou l'autre de ces structures. Soutenues uniquement par leur famille.



En 2008, nous avons ouvert le GEM (Groupe d'Entre-aide Mutuelle) pour appuyer l'auto-support en santé mentale sur St Laurent. Avec plusieurs lieux d'écoute à même de faciliter les diverses prises en charges et notamment par l'ethnopsychiatrie et la phytothérapie

Soit en près de 15 ans, des milliers d'heures de prévention en relais et en accompagnement des usagers sur le terrain et en langues locales. Ces initiatives innovantes associent toutes nos populations, notamment les usagers en ce qui compose ici une politique de démocratie sanitaire d'avant-garde.

La prise en compte des pharmacopées et thérapies traditionnelles est aussi désormais une piste bien jalonnée qui, en mutualisant les compétences de terrains, forge une **communauté sanitaire** d'expérience au croisement de plusieurs savoirs pratiques.

La communauté étant comprise ici comme :

1. Linguistique (Sranan-tongo, Nenge-tongo, Saamaka)
2. Territoriale (ouest guyane / Maroni)
3. Thérapeutiques (Addict'ouest / Immun'ouest / GEM)
4. Culturelle (prise en charge phytothérapeutique et ethno-psychiatrique).

3.3 Quelques remarques sur la « médiation culturelle » - Diane Vernon

Diane VERNON, Anthropologue et médiatrice, CHOG

Le présent document nous décline dans la partie « 1.3 Professionnalisation et reconnaissance de la médiation », un **échantillon des très diverses fonctions comprises par « la médiation sociale »**. On pourrait même l'élargir pour inclure : celui des « intervenants en langue maternelle » qui ont connu ici en Guyane un grand succès, suivi d'un destin déplorable ; celui d'écrivain public qui pourrait remplir les papiers administratifs pour des milliers de non-francophones et illettrés ; celui d'assistants scolaires pour faire travailler les enfants après l'école, et celui des médiateur-enseignants bilingues pour assister à l'apprentissage du français comme langue étrangère.)

Il n'est pas très clair quelle différence (à tous points de vue) est faite entre « adulte-relais » et « médiateur culturel », sauf que la seconde appellation impliquerait que le problème majeur se situe dans une différence de langue et de pratiques d'une communauté qui occupe une place sociale de minorité au sein d'une unité culturelle dominante (même si numériquement l'importance est l'inverse !) Or, **en Guyane, la mosaïque de cultures coiffée par une culture française en version créole, peut poser des problèmes de compréhension, surtout linguistique.**

Mais j'insiste sur le caractère temporaire du problème. S'agissant de communautés immigrées, il ne faut pas perdre de vue leur capacité d'évoluer, et donc de pouvoir, dans une décennie ou deux, se passer de traducteur. **La jeunesse acculture très rapidement et peut accompagner la génération supérieure dans ses démarches.** Déjà cette jeunesse a réussi, pour toutes les communautés présentes, à obtenir des diplômes professionnels qui la place, en nombre croissant, dans des centres de santé et associations en tant qu'infirmières, aides-soignants, sages-femmes, secrétaires, etc. **Si d'autres spécificités comme le chômage, le racisme, la pénurie n'aggravent pas la situation sociale de la génération immigrée, elle devrait pouvoir effectuer une intégration satisfaisante, même sans assimilation.**

Ici à St. Laurent, ce qui retarde son intégration est le plus souvent un **manque d'offre de formation linguistique (apprentissage du français) et l'inadaptation des cours** (basés sur des notions écrites de la langue, alors que les apprentis ne connaissent qu'une langue orale). **Ici, des « médiateurs-enseignants » pour adultes seraient très utiles, mais sont inexistantes. Leur formation pourrait être « enseignants français langue étrangère »,** mais avec un module

pédagogique spécial pour les locuteurs ne connaissant pas l'écrit. Une telle formation permettrait au « médiateur » de continuer à donner des cours à de nouvelles populations immigrées, quelle que soit sa propre langue maternelle. Cela rendrait pérenne la vie professionnelle de ce type de « médiateur ».

Si je souligne le caractère éphémère du problème culturel pour un groupe d'immigrés Hmong, Noirs Marrons⁴⁶, c'est pour éviter d'engager la vie d'un jeune dans une fonction qui n'aura pas de durée. Certes il y aura toujours des immigrés, mais par forcément toujours des mêmes cultures. **La catégorie de « médiateur culturel »** (à l'encontre d'autres types de médiation – familiale, judiciaire, etc.) **est basée sur une origine culturelle spécifique du médiateur** – base fragile, car quinze ans plus tard sa communauté d'origine pourrait ne plus avoir besoin de son aide, alors qu'il ne connaît pas d'autres métiers.

Je mets en doute l'intérêt de créer une fonction spécifique de « médiateur culturel », alors qu'on a déjà constaté l'absence de reconnaissance, la précarité d'emploi qui tend vers l'occasionnel, la modestie des salaires dont les actuels médiateurs se plaignent. Malgré la nécessité d'interprètes largement ressentie par divers organismes et associations qui offrent des services à la personne, la tendance politique actuelle est de réduire partout les coûts en éliminant les emplois. Selon le type d'emploi qui attire tel jeune issu d'une culture « autre », ce candidat pourra aussi bien **acquérir un diplôme qualifiant** de type aide-soignant, surveillant à l'école, assistante-puéricultrice, animateur, moniteur, etc. **ce qui lui permettra de considérer sa double culture comme une valeur ajoutée, et lui garantira un métier même quand la nécessité de sa « médiation culturelle » aura disparue.** Du reste, **avec un diplôme national, l'horizon s'élargit** : il pourra voyager et pratiquer ailleurs. En tant que « médiateur culturel » amérindien ou marron, ses services ne seront d'aucune utilité en France. Il y a déjà une jeune population amérindienne et maronne en métropole et qui s'est inscrite comme interprètes, mais les hôpitaux estiment leur service trop cher, et préfèrent se rabattre sur le bénévolat.

Ces dernières années, « la médiation culturelle » est devenue un terme galvaudé en Guyane. C'est pourquoi les linguistes qui avaient formé des médiateurs pour les écoles ont changé l'intitulé à « intervenants en langue maternelle ». Sous la catégorie « médiation culturelle », on ne sait quelles formations y ont été engagées, quel niveau d'étude est requis. **On a souvent l'impression qu'il s'agit de résoudre le chômage des jeunes et que les candidats sont des personnes n'ayant pas réussi leur scolarité.** En même temps, on propose un diplôme universitaire (s'adressant à des bacheliers, donc ?). Pour un niveau d'études supérieures, pourquoi le candidat ne préférerait-il pas travailler pour obtenir un diplôme d'assistant social ou d'éducateur spécialisé qui lui permettrait une embauche assurée, une rémunération décente et une possibilité de travailler n'importe où ?

Lorsqu'on considère la médiation ou l'interprétariat en matière de santé, on est convaincu d'un net bénéfice pour tout ce qui est message de prévention des maladies. (aucune évaluation des années de prévention du sida n'a jamais été faite pour nous le confirmer.) Par contre, la jeunesse n'est pas toujours un avantage, surtout quand cela concerne les ordres sanitaires publics **où la parole aurait plus de poids venant des autorités coutumières qui sont le plus souvent escamotées par les projets de « médiation ».** Contrairement à ce que croient, et souvent exigent, les demandeurs de ses services, un jeune locuteur d'une autre langue qui a passé toute sa vie à l'école française n'est pas non plus spécialiste de sa culture d'origine comme l'est un ancien ou un représentant de l'autorité coutumière. Les jeunes en sont souvent les premiers à le regretter et à en être gênés.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter pour les malades des communautés en Guyane, il y a toujours danger à imposer au patient un interprète de la même communauté - moins à

⁴⁶ Pour ces derniers, « l'immigration » ne se compte pas en milliers de kilomètres, mais en une « sortie » de la civilisation de cultivateurs que leurs ancêtres avaient créée dans la forêt pour s'installer dans celle des Bakaa et ses centres urbains.

cause du secret médical, qu'à cause du droit à l'intimité. Ayant discuté ce problème avec les membres des communautés, **tous sans exception ont préféré soit choisir eux-mêmes leur traducteur, soit avoir un traducteur appartenant à une autre communauté.** Corps malade, esprit perturbé, problèmes sociaux et familiaux – sont trop intimes pour être partagés avec quelqu'un qu'on voit dans d'autres circonstances, qui est peut-être issu d'une famille avec laquelle sa propre famille a eu des conflits, ou au contraire une famille dans laquelle on souhaite se marier. En tout cas, la déontologie des services sociaux et médicaux doit garantir que la vie privée de chacun soit préservée des oreilles et regards indiscrets, y compris dans les quartiers où il ne saurait être question de cautionner des pratiques de veille des citoyens qui rappellent le système soviétique.

Il y a grand besoin que les jeunes soient accompagnés vers des diplômes professionnels qui leur assureront un emploi, quel que soit leur langue et culture d'origine. C'est à travers ces multiples vocations, qu'ils exploiteront au mieux leur capacité de médiation et traduction – mieux de tous points de vue que s'ils ne savaient faire que cela.

4. Vers la reconnaissance des médiateurs en santé en Guyane

Les ateliers sur la médiation santé ont permis aux personnes présentes de **confronter leurs expériences afin de partager un diagnostic et définir des orientations communes.**

La question de la reconnaissance de la médiation santé s'est posée comme fil conducteur. Le manque de reconnaissance des médiateurs sociaux est accentué pour les intervenants dans le champ de la santé par **l'absence de consensus sur la définition et les missions de la médiation en santé, d'un référentiel métier, de formations clairement identifiées et de structuration d'un réseau des médiateurs.**

4.1 Définition et missions

Si la médiation sociale a été définie et a fait l'objet de nombreuses enquêtes, évaluations, groupes de travail, etc., **il n'existe pas de définition partagée de la médiation en santé.**

Nous avons donc posé **la médiation en santé** comme « une **interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou le système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder.** »⁴⁷

La médiation en santé concerne aussi bien :

les médiateurs spécialisés en santé,
les professionnels sanitaires et/ou sociaux jouant un rôle de médiation,
les médiateurs sociaux ou culturels intervenant dans le champ de la santé.

« **Un intérêt certain pour la médiation, pour un principe de "guichet unique"** qui facilite vraiment l'accès aux droits et aux soins, un interlocuteur unique qui est en capacité d'orienter largement et d'accompagner. L'intérêt est aussi lié au **dépassement des barrières culturelles et sociales** dû à la proximité entre le médiateur et le public et à la relation de confiance qui peut s'établir. L'intérêt est dû à la **levée d'incompréhensions entre les professionnels, les institutions et les publics** ainsi qu'à la gestion d'intérêts contradictoires. La médiation permet aussi d'accéder à des publics éloignés des dispositifs socio-sanitaires qui vont échapper aux professionnels médico-sociaux classiques, avec notamment une meilleure prise en compte de leur contexte de vie. Enfin, cet intérêt est lié à:

- **des spécificités d'intervention** avec une très grande disponibilité et une réactivité des médiateurs,
- **un large périmètre d'action,**

47 PELOSSE Lucie, *La médiation santé, un outil pour les résoudre ?*, Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (FRAES), dans *L'accès des jeunes à la santé : Un enjeu pour l'avenir, des partenariats pour agir*, Actes de la journée interprofessionnelle, 17 novembre 2009, pp.13-17.

- **une grande proximité des besoins de la population**, dans une logique plutôt ascendante de la prise en compte des besoins,
- **une démarche de « l'aller-vers »** : les médiateurs font en sorte d'aller vers les publics les plus éloignés.

Cet intérêt certain est confirmé par la reconnaissance, la satisfaction des publics qui l'expriment nettement, et la satisfaction des professionnels, cela transparait notamment à travers un nombre de sollicitations qui explosent ces dernières années. » (Pelosse 2009)

Les évaluateurs du programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique mené par l'IMEA recommandent que **« l'intervention de médiateurs ou médiatrices soit mobilisée pour contribuer à la résolution de deux types de problèmes : problèmes de santé publique ou de santé communautaire rencontrés par des groupes sociaux à la marge des fonctionnements socio-institutionnels standards en France ; difficultés de prise en compte, par le système de soins, de publics spécifiques notamment de publics nouveaux »**⁴⁸.

Polymorphe, la médiation de santé repose sur une relation triangulaire, entre un public, un professionnel ou une institution et le médiateur. **« Les médiateurs sont des passeurs, des gens travaillant la relation, laquelle est inégalitaire entre le soignant et le soigné**, car leur culture, leur approche de la maladie, leur mode de vie... sont différents »⁴⁹, analyse Emmanuel Ricard.

Le Dr Kemal Cherabi, responsable du programme « médiation en santé publique » à l'IMEA, précise que **« le médiateur doit agir en interface entre l'offre de soins et les publics en difficulté, soit à travers la promotion de la prévention, soit en prenant contact avec ces publics et en les accompagnant dans la démarche de soins »**⁵⁰. La fonction du médiateur est ainsi de saisir les logiques des protagonistes en présence et d'aplanir les incompréhensions. Il s'agit d'aller au-devant des populations éloignées des dispositifs pour permettre un accès effectif à la santé.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le rapport Yeni 2010 rappelle que « d'autres typologies d'offres ont été initiées puis largement développées par le monde associatif en réponse aux besoins des patients : les actions de médiation en santé, dans lesquelles l'intervention d'un tiers peut utilement œuvrer à la facilitation ou à la recréation du dialogue avec les professionnels, orienter les personnes vers des sources d'information fiables, concourir à éclairer le parcours de soins et articuler entre elles diverses compétences... »⁵¹.

« La médiation est temporaire, elle doit viser à l'autonomisation des personnes. » Mais elle « doit aussi **prendre le temps nécessaire pour permettre aux personnes de dépasser leurs appréhensions** pour accéder au système de santé. » (Pelosse 2009)

Lucie Pelosse identifie **trois champs d'actions principaux** des médiateurs autour d'un **objectif commun partagé, la lutte contre les inégalités sociales de santé en favorisant le retour vers le droit commun** :

- **L'accès aux droits et aux soins**
 - L'orientation / information sur les structures ressources
 - Le suivi individuel pour de l'accès aux droits communs
 - L'accompagnement physique vers les structures ou l'administration
- **La prévention et la promotion de la santé**
 - L'écoute, le soutien moral, la réassurance, la construction du lien social

⁴⁸ *Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA*. Evalua. Direction générale de la santé, Juillet 2006

⁴⁹ RAYNAL Florence, *La médiation de santé publique en équilibre précaire*, *Transversal*, n°27, 19 octobre 2005.

⁵⁰ Dr Kemal CHERABI, responsable du programme « médiation en santé publique » à l'IMEA, cité dans *Le médiateur en santé publique, lien avec les publics vulnérables*, QuotMed, 16 mars 2006

⁵¹ *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Rapport 2010 sous la direction du Pr. Patrick YENI, La documentation française, Ministère de la Santé et des Sports, 2010

- L'intervention dans des séances d'information ou de sensibilisation auprès de publics ou l'intervention auprès de professionnels
 - La dynamique de santé communautaire
- **Le partenariat**
- La mise en réseau des institutions, des professionnels et des publics
 - L'alerte des professionnels sur des situations difficiles
 - Le soutien des professionnels dans l'accompagnement des personnes en difficulté

4.2 Un statut, un métier

Le processus de reconnaissance du statut des médiateurs passe par la **définition d'un référentiel métier**.

Les médiateurs témoignent des difficultés rencontrées dans le cadre des démarches entreprises auprès des institutions. La mobilisation des partenaires institutionnels est nécessaire pour réaliser et adopter un référentiel métier partagé sur la médiation au service de la promotion de la santé qui contiendrait des informations sur le métier, les passerelles avec les autres métiers, les pré-requis pour exercer ce métier, l'évolution du métier, les compétences et connaissances à acquérir avec savoirs-faires et savoirs-être, les activités, les missions exercées, une grille de salaire, etc.

Une meilleure (re)connaissance du métier de médiateur permettrait un partenariat plus efficace avec les institutions. En miroir, une identification plus claire d'interlocuteurs privilégiés au sein de ces institutions faciliterait les démarches (savoir à qui s'adresser, comment, etc.)

« **Le médiateur ne doit pas se substituer à d'autres professionnels** [...] aux travailleurs sociaux par exemple. Cela témoigne souvent d'une carence des accompagnements traditionnels, souvent due au manque de temps des professionnels qui sont pressurisés pour instruire le plus de dossiers en moins de temps. (...) Il est là pour **faire du lien entre les accompagnements qui existent**. Le médiateur doit s'appuyer sur les partenaires et sur l'existant, il doit s'inscrire dans un réseau d'acteurs et c'est de cette façon que pourra se jouer la **complémentarité**. »

Dans son article consacré à la médiation en santé publique⁵², Laetitia Darmon constate que sur le terrain, **les médiateurs commencent lentement à être reconnus par les institutions soignantes. Mais ce phénomène se fait à reculons, car leur présence est souvent perçue comme une mise en cause du travail des soignants**. Selon Emmanuel Ricard, « les soignants ont traditionnellement été des médiateurs, mais ils ont aujourd'hui quitté le champ de l'humain pour basculer dans celui du technique. Les médiateurs en santé publique ravivent en eux cette insatisfaction »⁵³.

« Les compétences attendues d'un médiateur ne sont souvent pas reconnues à la hauteur de leur exigence. C'est un métier difficile, qui nécessite un vrai savoir-faire et un savoir-être ainsi qu'une certaine déontologie. Souvent, ces compétences ne sont pas reconnues à leur juste valeur et cela pose la question de la formation de ces médiateurs. **Cette reconnaissance doit être collective et émaner de l'institution porteuse, des partenaires, des politiques**. Elle doit concerner non seulement le statut du médiateur, la reconnaissance d'un métier, mais aussi les moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction. Bien souvent, on s'appuie sur son passé de bénévole, son réseau, son inscription dans un quartier, pour se dispenser de lui donner les moyens suffisants pour accomplir sa fonction. » (Pelosse, 2009)

⁵² DARMON Laetitia, Médiateur en santé publique. La proximité pour compétence, *Le Journal du sida*, n°180, novembre 2005.

⁵³ Idem

Des qualités sont requises de la part des médiateurs en santé : une connaissance intime des publics et une implication personnelle. « Le médiateur doit connaître son quartier d'intervention, avec la question de la limite de son temps d'action : quelle est la frontière avec la vie privée ? (...) Comme le médiateur habite souvent dans le quartier, c'est une question qui est assez importante » (Pelosse 2009).

Le **cadre professionnel d'organisation** est d'autant plus important et doit permettre que les missions soient claires, coordonnées, avec des fiches de poste, des procédures définies, écrites, une promotion d'un travail en binôme, des protocoles entre les partenaires des médiateurs.

Le manque d'accompagnement professionnel est fortement ressenti. Un meilleur encadrement des médiateurs par leurs structures permettrait par exemple de mieux répondre aux besoins en formation continue, de mettre en place un suivi psychologique pour certaines activités de médiation, de développer le partenariat (ex : interventions de médecins dans le cadre d'actions de promotion de la santé menées par les médiateurs), etc.

Le **renforcement des capacités structurelles** de certains employeurs est nécessaire pour assurer un meilleur encadrement des médiateurs et leur garantir des moyens logistiques (déplacements, ordinateurs...). En effet, certaines associations bénéficient des contrats aidés mais ne sont pas suffisamment structurées pour développer leurs financements (manque de compétences ou de soutien en gestion administrative et financière).

La question de la reconnaissance d'un métier pose également la question de la **professionnalisation des médiateurs en santé**, à travers la **formation initiale et continue de ces médiateurs**.

4.3 Des formations

Historiquement, **c'est avec la création de diplômes d'État que les pouvoirs publics valident des pratiques engagées** sur le terrain de manière éparse. Il existe aujourd'hui **de nombreuses formations et diplômes dans le domaine de la médiation** en France (cf. Annexe 5). Nous avons dénombré des :

- diplômes nationaux dont 2 formations niveau V, 5 niveau Baccalauréat, 7 DEUST, 8 licences professionnelles, 2 formations niveau I
- diplômes universitaires
- formations des Instituts Régionaux du Travail Social
- formations de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
- formations du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)
- diplôme d'Etat de médiateur familial, etc.

En 2004, les Conseils Régionaux se sont vus confiés **l'élaboration des schémas des formations sanitaires et sociales ainsi que le financement de certaines formations diplômantes** et le versement des bourses aux élèves et étudiants. Ces schémas permettent d'appréhender l'offre de formations. Les formations médicales et paramédicales transférées financièrement à la Région et dispensées en Guyane sont les suivantes : infirmier, aide-soignant, et auxiliaire de puériculture.

En Guyane, le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) 2009-2014 fait référence aux formations en lien avec le sanitaire et social. « L'ambition de la Région Guyane est, à travers la mise en œuvre du SRFSS, de permettre aux guyanais de bénéficier d'une formation de qualité tenant compte des besoins locaux, de faire évoluer la carte des formations ainsi que le quota d'étudiants s'appliquant à certaines formations, de participer à la réduction du déficit des professionnels de santé et de certains métiers du secteur social et médico-social, de permettre aux formateurs et étudiants de travailler dans de meilleures conditions »⁵⁴. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales s'inscrit pleinement dans la suite des travaux conduits dans le cadre du Plan régional de développement des formations professionnelles (PRDF) qui mettait en avant trois

⁵⁴ Le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) 2009-2014, Conseil Régional de Guyane

objectifs stratégiques dont celui de « **développer la qualité, la proximité et la dimension pluriculturelle du système de formation** ». Il est donc rappelé que le contenu des formations doit prendre en compte le pluriculturalisme de la société guyanaise. La formation « médiateur culturel social » est évoquée dans ce schéma.

La Région doit faciliter l'accès à la qualification des publics dans les secteurs sanitaire et social

Un enjeu autour de la maîtrise des savoirs de base :

La question de l'insuffisance des savoirs de base pour une partie de la population fait l'objet d'un large consensus en Guyane et est partagée par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ emploi-formation. En effet, de très nombreux jeunes sortent du système scolaire sans qualification. Le PRDF souligne largement cet état de fait : un effort considérable est donc à fournir, passant par un **front commun de l'ensemble des acteurs impliqués**.

Un enjeu autour de l'accès à la formation qualifiante :

L'augmentation forte de la population, due à la fois à des soldes naturel et migratoire élevés, en considération des niveaux de formation peu élevés de la population, fait de l'accès à la qualification une préoccupation essentielle, particulièrement pour les jeunes : **plus de 80% des jeunes ont un niveau de formation inférieur ou égal au niveau V**. Afin de faciliter l'accès ou le retour à l'emploi, la maîtrise des savoirs de base doit constituer une problématique prioritaire pour la formation des Guyanais. Il devient indispensable d'améliorer les conditions pour que tous les habitants aient la possibilité d'accéder à la qualification, quel que soit leur statut : jeunes en formation initiale, jeunes sortis du système scolaire sans qualification, adultes demandeurs d'emploi, actifs salariés... *In fine*, un effort général d'amélioration des taux d'accès à tous les niveaux de qualification doit être effectué.

Des enjeux liés à la valorisation de la mobilité :

Dans le cadre d'un renforcement des politiques en faveur de la mobilité en Guyane, les formations visant la préparation à la mobilité et à l'accès à un premier niveau de qualification pourraient être renforcées. Dans le secteur sanitaire et social, la mobilité dans le cursus de formation et l'accès à l'emploi est importante (lieux de stage, caractéristiques de certaines professions...). **La mobilité géographique est un levier à ne pas négliger pour améliorer l'accessibilité des formations**, que ce soit pour atténuer le déséquilibre entre la concentration dans les grandes villes et la faible densité de professionnels dans les communes rurales isolées, et pour ouvrir la Guyane sur l'extérieur.

Dans le cadre d'un partenariat entre la DRIV et la DDJS, **un CAP médiation et prévention (Niveau V), en alternance, a été proposé en 2009-10** afin de professionnaliser près de 100 personnes exerçant les fonctions d'adultes relais ou intervenant dans le cadre du Programme de Réussite Educative (PRE) en Guyane. Cette formation de 450 heures, organisée par Equinoxe Formation, a bénéficié à 27 personnes, soit 27% des adultes relais en poste, réparties sur 3 bassins (Cayenne : 13 ; Kourou : 7 ; et St Laurent du Maroni : 7). Le taux de réussite à l'examen, en juin 2010, a été de 96%. Un module relatif aux « problèmes de santé publique » a été proposé (environ 22 heures). 4 personnes ayant suivi la formation « médiation en santé publique » de l'IMEA ont suivi ce CAP à Cayenne, soit 15% des étudiants du CAP et 12,5% des stagiaires à la formation de l'IMEA. Un bilan pédagogique de la préparation au passage du CAP Agent de prévention et de Médiation (APM) a été réalisé par Equinoxe Formation.

Une formation de niveau IV sera *a priori* proposée en 2011, dans la continuité du CAP.

Il n'existe plus aujourd'hui de formation à proprement dit sur la médiation en santé publique. Le Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université (DESU) « Information, médiation et

accompagnement en santé »⁵⁵, qui se déroule sous l'égide de l'université Paris VIII, à Saint-Denis, est à ce jour la formation la plus proche de celle qui peut former des médiateurs en santé.

- Ce cursus universitaire, débuté en DU en 2005, transformé en Master I en 2007, à l'époque ouvert aux étudiants de droit de la santé et à des acteurs de terrain en formation continue, se poursuit depuis 2008 sous la forme d'un DESU.
- Le diplôme est une formation supérieure destinée à toutes personnes issues ou non du milieu de la santé, intervenant déjà - ou se destinant à intervenir - comme interface entre les usagers et le système de soins. L'admission à cette formation se réalise soit sur titre (diplôme de niveau baccalauréat + 3 délivré par une université française ou titre équivalent) soit sur validation des acquis professionnels et personnels (VAPP)⁵⁶.
- La formation inclut des contenus sur les droits des patients et sur l'organisation sanitaire, mais aussi un important programme sur la connaissance des maladies, des traitements (par des médecins), et du vécu des malades (par des "patients formateurs"). Elle fournit également un entraînement précis à l'accueil et l'écoute ainsi qu'à la conduite de projets et à l'évaluation.
- Les débouchés professionnels sont les suivants :
 - o Animateur de fonctions ou services d'accueil et d'information des usagers en santé : ERI, kiosques d'information en milieu hospitalier, "maisons des usagers", "points d'information santé" dans les collectivités locales, services de téléphonie sociale,
 - o "Médiateur santé" attaché à des établissements de santé, des associations, ou des collectivités territoriales,
 - o Responsable des relations avec les usagers auprès de collectivités locales, d'associations de malades ou de recherche, de services qualité d'établissements de santé, de services de communication en santé, etc.

Diagnostic et propositions des médiateurs pour la Guyane

Manque de connaissance de l'offre de formation en Guyane, aux Antilles, en métropole et dans les pays frontaliers

- Réaliser une veille active des formations existantes
- Rendre accessible une information actualisée sur les formations disponibles
- Favoriser l'accès des personnes vivant en Guyane à ces formations

En Guyane, offre limitée en formation initiale et continue en médiation et médiation en santé

- Mener une réflexion avec les organismes dispensant des formations afin qu'ils proposent des réponses locales adaptées aux besoins des territoires
- Revisiter, dans la mesure du possible, les programmes des diplômes existants en intégrant des modules spécifiques à la Guyane (pour une reconnaissance nationale et une adaptation au contexte)
 - CAP « prévention et médiation », en intégrant des modules de formation spécifiques au champ d'intervention des médiateurs (ex : droit, communication, langues, pathologies, terminologie utilisée par les professionnels de santé, etc.)
 - Bac Pro Service Proximité Vie Locale (SPVL)
 - Formations de l'IRDTS, etc.
- Diversifier l'offre de formations en médiation accessibles avant le niveau Brevet
- Enrichir en apports théoriques et pratiques la formation continue des professionnels administratifs, sanitaires et sociaux ayant un rôle de médiation
- Intégrer la problématique santé dans les dispositifs de médiation sociale et culturelle

⁵⁵ http://www.fp.univ-paris8.fr/IMG/article_PDF/Information-mediation.pdf

⁵⁶ La Validation des Acquis Professionnels et Personnels (décret 1985) est une procédure par laquelle on obtient le droit d'intégrer une formation, même si on ne possède pas le diplôme minimum requis. Elle peut être accordée aux personnes ne remplissant pas les conditions pré-citées, après exposé de leurs motivations, centres d'intérêt, expériences, et étude de la cohérence de leur projet professionnel et sur justification d'au moins 5 années d'expérience professionnelle

- en donnant à tous les médiateurs sociaux et culturels des outils et connaissances de base utiles à la santé des publics en direction desquels ils travaillent
- en spécialisant un nombre limité de médiateurs exclusivement sur la santé, intervenant notamment auprès de structures sanitaires :
 - Créer un diplôme de médiation en santé en Guyane en s'inspirant des programmes existants et en intégrant les particularités guyanaises
 - Identifier les formateurs en Guyane susceptibles d'intervenir au cours des formations en médiation santé (annuaire des formateurs)
 - Développer le multilinguisme dans les formations en médiation santé proposées
 - Proposer une VAE pour les personnes exerçant actuellement une activité de médiation en santé en Guyane
 - Mutualiser les moyens/ressources en formation (ex : formation Programmation Neuro-Linguistique (PNL) proposée par le CHAR ; formations du COREVIH, etc.)

La professionnalisation et la reconnaissance ne pourra se concrétiser sans la participation des partenaires, notamment institutionnels. En attendant, les médiateurs de Guyane vont tenter de s'organiser et de travailler en réseau.

4.4 Un réseau de médiateurs

L'organisation d'un réseau par les médiateurs apparaît une nécessité. La création d'un groupement régional (collectif, fédération) de tous les médiateurs permettrait de s'informer, se former et/ou renforcer les échanges de pratiques. L'animation du réseau pourrait aller de la mise à jour d'un annuaire ou d'une mailing liste à la coordination des actions afin de garantir une meilleure utilisation des moyens et compétences, couverture territoriale et cohérence. Un réseau régional contribuerait à dynamiser les structures porteuses de la médiation en Guyane. Il s'appuierait sur des associations comme l'ARMSP sur l'île de Cayenne et Mama Bobi dans l'ouest guyanais qui ont vocation à rassembler sur leurs territoires.

L'adoption d'une charte des médiateurs en santé, s'appuyant sur la charte nationale, poserait un cadre éthique. « Sept principes majeurs ont été énoncés et repris dans la charte de référence de la médiation sociale : respect des droits de l'homme, clarté, sincérité, libre consentement des partenaires, confidentialité, subsidiarité, qualité. »⁵⁷ Cette charte qui pourra être traduite, constituerait un moyen de reconnaissance et de communication auprès des médiateurs, des partenaires, du public, des medias...

Les médiateurs en réseau **pourraient porter un regard global sur les dispositifs de droit commun et mieux constater et comprendre les dysfonctionnements.** Ils contribueraient ainsi à un observatoire de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins participant à la recherche de solutions pour réduire les inégalités sociales de santé.

Le médiateur en santé interpelle les institutions sur des situations de vulnérabilité qui constituent un frein à l'accès aux soins et à la prévention. Il s'appuie sur les situations vécues par les personnes qu'il rencontre sur le terrain, pour rendre compte aux institutions de leurs difficultés. Ces situations doivent être documentées, pour qu'il les partage avec ses partenaires. Son expertise sur le plan communautaire doit contribuer à la compréhension par les institutions des problématiques de santé posées par des populations identifiées par les professionnels de santé, et à l'élaboration de réponses opérationnelles aux difficultés spécifiques qu'ils rencontrent. Son rôle étant de contribuer à remplir les missions de santé publique par son travail de terrain, le médiateur en santé doit être capable de :

⁵⁷ Professionnaliser la médiation sociale. Programme 18 du plan de cohésion sociale. Rapport piloté par la Direction générale de l'action sociale. Avril 2005-janvier 2006. Octobre 2008, p.21

- faire le lien entre les professionnels de la santé et les publics en situation de vulnérabilité, et ceux de l'intervention sociale ;
- faire remonter les dysfonctionnements identifiés sur le terrain ;
- rapporter les situations vécues par les personnes quotidiennement et qui créent des problèmes d'observance ;
- aider les institutions et les différents partenaires à comprendre les spécificités liées aux habitus des populations concernées, dans le respect du droit.

La médiation en santé doit naturellement participer à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques sanitaires ou sociales à différents niveaux (local, régional, national...). La définition de la politique régionale de santé ne peut que s'enrichir d'une plus grande implication des médiateurs, qui auraient par exemple toute leur place à être représentés à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

5. Etat des lieux des médiateurs santé en Guyane

Dans le cadre des travaux sur la médiation menés par Guyane Promo Santé (GPS) et la Mission France-Guyane de Médecins du Monde (MDM), **un questionnaire sur la médiation en santé a été réalisé et diffusé aux médiateurs de santé et médiateurs sociaux et culturels intervenant sur la santé en Guyane, afin de mieux connaître leur statut.**

La diffusion de ce questionnaire s'est faite par l'intermédiaire des médiateurs ayant participé aux ateliers et de nos partenaires. Certaines personnes exerçant une fonction de médiation sans pour autant se qualifier des médiateurs, ne se sont pas senties concernées par le questionnaire.

Nous estimons **qu'en Guyane, une cinquantaine de personnes sont médiateurs en santé, auxquels s'ajoute une cinquantaine de professionnels de santé ayant une fonction de médiation** (ex : auxiliaires de santé, agents de santé, agents d'accueil des CDPS et PMI). Les personnes relais œuvrant en médiation, à titre bénévole, au sein de leurs communautés, ne sont pas la cible de ces travaux, consacrés au métier de médiateur.

39 personnes ont répondu à ce questionnaire en septembre et octobre 2010. Les données recueillies ont été traitées de façon anonyme et analysées par GPS. Nous vous présentons ci-dessous les principaux résultats.

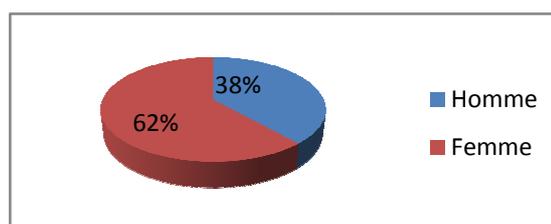
5.1 Qui sont-ils ?

« La médiation, parce qu'elle se situe au carrefour entre différentes réalités institutionnelles et sociales, est très largement une question de personnes. En d'autres termes, mettre en place des dispositifs de médiation ou mieux permettre la résolution de certains problèmes par la médiation, c'est essentiellement **permettre et faciliter l'intervention des personnes qu'on appelle médiateurs ou médiatrices.** » (DGS 2006, p.47)

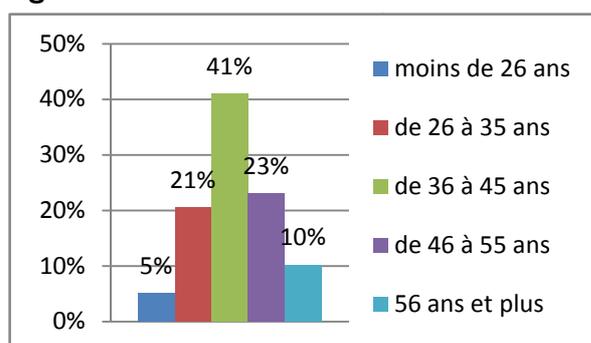
Plus de 3 répondants sur 5 sont **des femmes.**

Près des 3/4 des répondants ont **plus de 35 ans.**

Sexe



Age



41% des répondants ont entre 36 et 45 ans.

Seulement 2 des répondants ont moins de 26 ans alors 44 % des Guyanais sont âgés de moins de 20 ans.

Remarque : 46% des répondants occupent un poste adulte relais dont un des critères d'éligibilité est d'être âgé de plus de 30 ans à la date de signature du contrat de travail.

Commune de résidence

Apatou	7,7%
Camopi	2,6%
Cayenne	15,4%
Kourou	2,6%
Macouria	5,1%
Mana	2,6%
Maripasoula	5,1%
Matoury	10,5%
Rémire-Montjoly	20,5%
St Georges de l'Oyapock	7,7%
St Laurent du Maroni	20,5%

Les répondants résident dans 11 différentes communes (sur 22 communes guyanaises).

Près d'un médiateur sur deux (46%) réside dans l'une des 3 communes de l'île de Cayenne. 8% résident à Kourou ou Macouria. 10% des répondants vivent dans une commune de l'est guyanais. 36% vivent dans l'ouest guyanais. Plus d'1 médiateur sur 5 réside à St Laurent du Maroni.

Près d'1 médiateur sur 2 (44%) réside dans une commune située le long ou à proximité d'un fleuve frontalier : Apatou, Camopi, Maripasoula, St Georges de l'Oyapock, St Laurent du Maroni.

69% des répondants résident dans une des 5 communes guyanaises qui relèvent de la Politique de la Ville et bénéficient de contrats CUCS : Cayenne, Kourou Matoury, Rémire-Montjoly et St Laurent du Maroni.

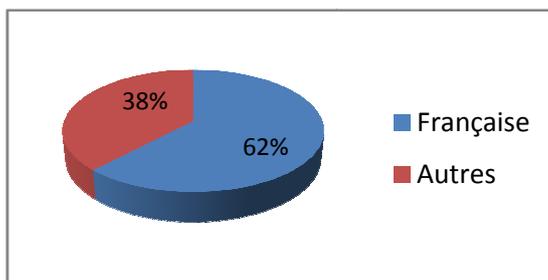
18% des répondants n'ont pas précisé un quartier de résidence. Les quartiers cités se situent dans 9 communes. Parmi les personnes ayant répondu à cette question et vivant dans une commune où se déploie la Politique de la Ville à travers les CUCS, **beaucoup vivent dans un quartier prioritaire.**

Le quartier de la BP 134 à Rémire-Montjoly détient le taux le plus élevé de répondants vivant dans un même quartier (8%).

Quartier de résidence (par communes)

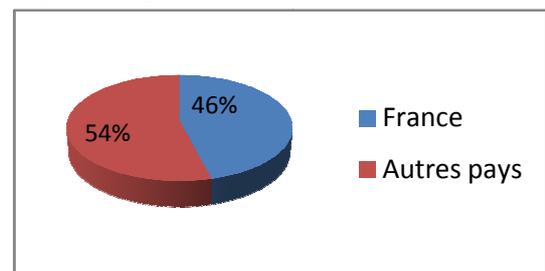
Cayenne	13%
Mango	3%
Raban	5%
Cité Anatole	3%
St Martin	3%
Kourou	3%
Monnerville	3%
Macouria	3%
Lotissement Maillard	3%
Mana	3%
Charvein	3%
Matoury	10%
Le Larivot	3%
Cogneau Lamirande	3%
La Désirée	3%
Sainte Rose de Lima	3%
Maripasoula	5%
Elahé	3%
Poti soula	3%
Rémire-Montjoly	18%
Ames Claires	3%
Eau Mignon	3%
Lotissement Poupon	3%
Montjoly/Montravel	3%
Résidence Arc en ciel - BP 134	8%
St Laurent	21%
Vampires	3%
Balaté	3%
Bourg	3%
Village chinois	3%
Les Marinas	3%
Mayman	3%
Backa Lycée	3%
St Maurice	3%
St Georges de l'Oyapock	23%
Crique Onozo	3%
Bourg	3%
Village Espérance	3%
Pas de réponse	18%

Nationalités



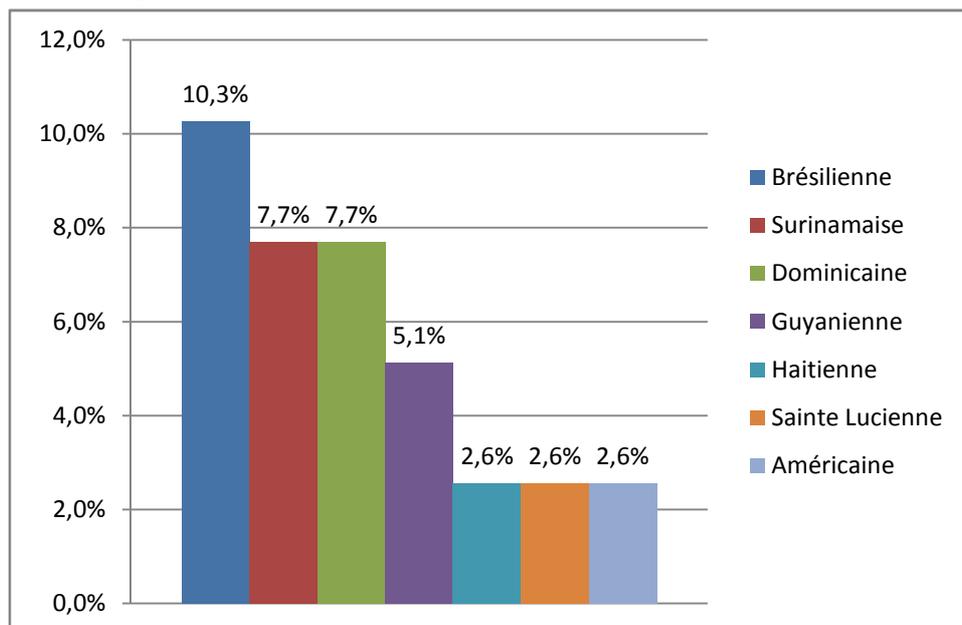
Plus de 3 répondants sur 5 sont de nationalité française, soit 62%.

Pays d'origine



Plus de 2 répondants sur 5 sont d'origine française, soit 46%.

Nationalités étrangères



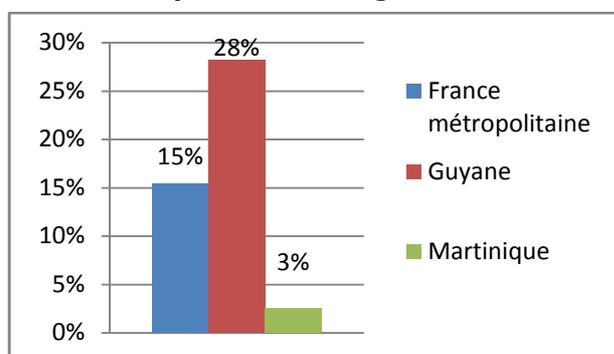
Parmi les 38% répondants ayant une autre nationalité, 7 nationalités sont représentées.

Près d'1/4 des répondants ont la nationalité d'un pays du continent sud américain (Brésil, Guyana, et Suriname). Plus de 10% sont de nationalité brésilienne.

Près de 13% des répondants ont la nationalité d'un pays des Caraïbes (St Domingue, Ste Lucie et Haïti).

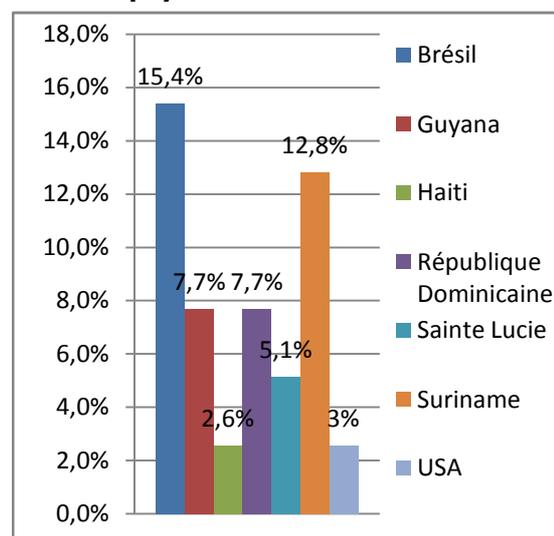
18% des répondants ont la nationalité d'un pays frontalier à la Guyane.

Parmi les répondants d'origine française



28% sont originaires de Guyane ;
15% sont originaires de l'hexagone ;
1 personne est originaire de Martinique.

Parmi les répondants originaires d'autres pays



Parmi les 54% répondants originaires d'un autre pays :

Plus des 2/3 des répondants (36%) sont originaires d'un pays du continent sud américain (Brésil, Guyana, et Suriname). Plus de 15% sont originaires du Brésil.

Plus de 15% des répondants sont originaires d'un pays des Caraïbes (St Domingue, Ste Lucie et Haïti).

Plus de 28% des répondants sont originaires d'un pays frontalier à la Guyane.

Langues parlées

Anglais	46%
Français	100%
Brésilien (portugais)	21%
Créole antillais	3%
Créole guyanais	41%
Créole haïtien	5%
Espagnol	8%
Italien	5%
Néerlandais	13%
Nenge, saamaka ou sranan	56%
Langues amérindiennes	13%

L'ensemble des répondants parle français.

En moyenne, en sus du français, chaque répondant parle en moyenne 2 autres langues.

Près d'1 répondant sur 2 parle anglais.

Le créole guyanais est parlé par 41% des répondants.

Plus d'1 répondant sur 5 parle brésilien.

Plus de 1 répondant sur 6 parle néerlandais.

Plus d'1/3 des répondants parle au moins l'une des deux langues officielles des pays frontaliers que sont le Suriname et la Brésil.

Plus d'1 répondant sur 2 parle au moins 1 créole originaire du Suriname (nenge, saamaka ou sranan), soit 22 personnes qui ont mentionné : Aluku (1), Djuka (2), Nenge (9), Saamaka (2), Sranan (6) et Taki Taki (2).

5 langues amérindiennes sont citées : Arawak (1 personne), Emerillon (2), Palikur (1), Wayampi (1) et Wayana (1).

5.2 Activités

Commune(s) d'intervention

Apatou	23%
Awala-Yalimapo	3%
Camopi	3%
Cayenne	33%
Grand Santi	13%
Iracoubo	3%
Kourou	5%
Mana	10%
Maripasoula	10%
Matoury	18%
Papaïchton	5%
Rémire-Montjoly	23%
Sinnamary	3%
St Georges de l'Oyapock	10%
St Laurent	26%
Ouest guyanais	3%
Toute la Guyane	3%

Pays frontaliers	8%
Brésil (Oiapoque)	5%
Suriname (rives Maroni)	3%

Les répondants interviennent dans 15 des 22 communes guyanaises. Ainsi, les communes de St Elie, Régina, Ouanary, Montsinery-Tonnegrade, Saul, Macouria, et Roura ne semblent pas couvertes par les actions de médiation. On constate que ces communes sont principalement situées dans l'est et l'intérieur guyanais, et à proximité de l'île de Cayenne.

Les répondants interviennent en moyenne dans 2 communes.

1 répondant sur 3 intervient à Cayenne.

Plus d'1 répondant sur 4 intervient à St Laurent.

La plupart des médiateurs intervenant sur St-Laurent (26%) interviennent également sur Apatou (23%). Pour les autres communes du Maroni, ils sont 13% à intervenir sur Grand Santi, 10% à Maripasoula et 5% à Papaïchton.

Peu d'interventions se déroulent sur la commune de Kourou.

Seulement 3% des répondants interviennent dans les communes suivantes : Awala-Yalimapo, Camopi, Iracoubo et Sinnamary.

Enfin, 8% des répondants sont amenés à intervenir dans les pays frontaliers (Suriname et Brésil), le long des fleuves Maroni et Oyapock.

Quartier(s) d'intervention

Parmi les 39 répondants, seulement 23 ont répondu à cette question, soit 60%. Ce pourcentage faible de réponses s'explique en partie par l'absence de pertinence de cette question pour certains répondants intervenant dans des communes où la logique de quartier n'a pas lieu d'être ou « en milieu fermé » (hôpital, PMI, etc.)

Au total, 63 réponses relatives à des quartiers/zones ont été apportées. Ainsi, en moyenne, chaque répondant à cette question intervient dans près de 3 quartiers.

Parmi les réponses, 73% concernent un quartier Politique de la Ville.

Les quartiers cités sont situés dans les 5 communes bénéficiant des programmes de la Politique de la Ville et dans 3 autres communes - Mana, Maripasoula et St Georges - citées par 8% des répondants.

Domaine d'intervention de la structure

Les 2/3 des médiateurs, considèrent que la structure dans laquelle ils exercent intervient à la fois dans le domaine social et sanitaire.

- 82% des répondants considèrent que leur structure intervient dans le domaine du social.
- 79% des répondants considèrent que leur structure intervient dans le domaine de la santé.

Nature des missions

Les 3 principales missions sont :

L'accès aux droits et aux soins	77%
La prévention et la promotion de la santé	85%
Le partenariat	82%

Seulement 44% des répondants :

- assurent un suivi individuel pour de l'accès au droit commun
- développent des actions de prévention et de promotion de la santé qui s'inscrivent dans une dynamique de santé communautaire.

A contrario, l'écoute, le soutien moral, la réassurance, la construction du lien social sont les missions les plus souvent assumées (77% des répondants).

Plus de 1 répondant sur 5 mentionne qu'il assume au moins une autre mission :

Alphabétisation et soutien scolaire	2,6%
Aide au remplissage de formulaires administratifs et rédaction de courriers administratifs	2,6%
Agent de santé faisant les inscriptions à la consultation, la pré-consultation avec tri des patients, l'entretien du centre.	2,6%
Animation d'un collectif d'habitants	2,6%
Conduite et accompagnement dans le montage et la mise en place de projets portés par les habitants, les associations	2,6%
Prévention en alcoologie et milieu scolaire et professionnel	2,6%
Recherche, écrits, formation et conférences, cours de langue	2,6%
Recherche des patients perdus de vue, observance thérapeutique,...	2,6%

L'accès aux droits et aux soins	77%
L'orientation / information sur les structures ressources	69%
Le suivi individuel pour de l'accès au droit commun	44%
L'accompagnement physique vers les structures ou l'administration	56%

La prévention et la promotion de la santé	85%
L'écoute, le soutien moral, la réassurance, la construction du lien social	77%
L'intervention dans des séances d'information/ sensibilisation auprès de publics ou l'intervention auprès de professionnels	62%
La dynamique de santé communautaire	44%

Le partenariat	82%
La mise en réseau des institutions, des professionnels et des publics	59%
L'alerte des professionnels sur des situations difficiles	56%
Le soutien des professionnels dans l'accompagnement des personnes en difficulté	62%

Thématique(s) abordée(s) dans le cadre professionnel

IST dont VIH/Sida	72%
Autres thèmes de sexualité (contraception/périnatalité/ risques sexuels etc.)	64%
Addictions (alcool, drogues illicites)	46%
Accès aux droits/prévention/soins	69%
Nutrition	33%
Santé environnement	62%
Autre(s)	21%

Près de 3 répondants sur 4 abordent les IST dont le VIH/Sida dans le cadre de leurs interventions. C'est le thème qui mobilise le plus.

Près de 2 répondants sur 3 sont amenés à traiter d'autres thèmes relatifs à la sexualité.

L'accès aux droits, à la prévention et aux soins est également un thème majeur abordé par les personnes exerçant une fonction de médiation (69% des répondants).

62% des répondants abordent les questions relatives à la santé environnement.

Les addictions sont abordées par moins d'1 répondant sur 2.

La nutrition est abordée par 1/3 des répondants.

Autres thèmes

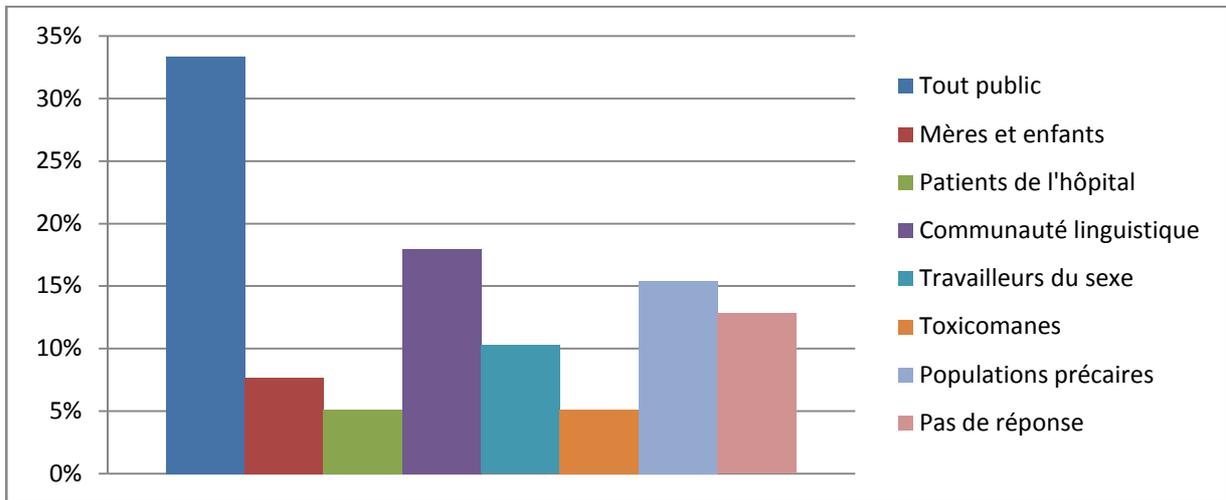
Plus d'1 répondant sur 5 mentionne un (ou plusieurs) autre thème abordé :

- Démarches administratives, droit au logement
- Dopage
- Hépatites
- Hygiène
- Maladies nosocomiales, hygiène des mains, infections
- Parentalité (droits et devoirs) - café des parents
- - Recherches sur le droit coutumier marron, écrits, établissement de liens de contact entre communautés et hôpital
- - Etudes des pratiques mortuaires de toutes les communautés en Guyane et application au service "Paradis" de l'hôpital (livret descriptif, conseils, etc.)
- - Création de programme radiophonique hebdomadaire bilingue adressant infos sur santé et droits au public
- Relation famille/école/activité
- Santé mentale, prévention du suicide

Publics ciblés

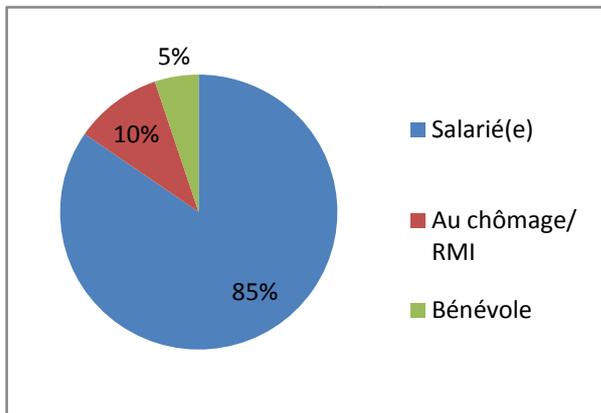
Les réponses à cette question ouverte ont été nombreuses et variées. Elles ont été regroupées en 7 rubriques.

- 1/3 des répondants développent des actions à destination du grand public
- 8% des répondants ciblent les femmes et les enfants – il s'agit notamment de ceux exerçant au sein des PMI
- 5% des répondants développent des actions à destinations des patients, au sein d'hôpitaux ou centres de santé (CHAR, CHOG)
- 18% des répondants font référence à une communauté linguistique, en terme de public cible
- 15% des répondants ciblent un public vulnérable spécifique : toxicomanes (5% des répondants) et travailleurs du sexe (10%)
- 15% des répondants développent des actions ciblant les populations précaires



5.3 Situation professionnelle

Actuellement, êtes-vous ?



85% des répondants sont salariés
10% sont au chômage ou au RMI
5% sont bénévoles au sein d'une structure

Près d'1 répondant sur 2 n'a eu qu'un seul employeur depuis 2000.

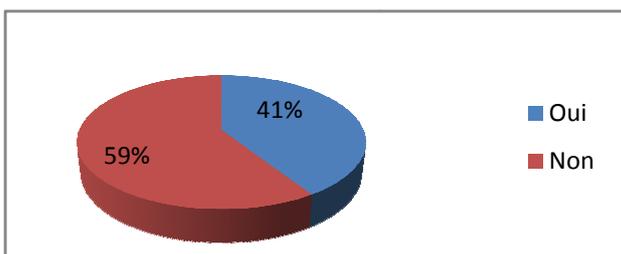
Plus d'1 répondant sur 5 a eu 2 employeurs.

Ils sont 28% à avoir eu plus de 3 employeurs. Parmi ces derniers, 5% ont eu 5 employeurs ou plus. Cela révèle une forte instabilité.

Entre 2000 et 2010, combien d'employeurs différents avez-vous eu ?

0	0%
1	49%
2	21%
3	15%
4	8%
5 ou plus	5%
Pas de réponse	3%

Entre 2000 et 2010, avez-vous été au chômage (indemnisé ou non) ?



Plus de 2 répondants sur 5 ont été au chômage depuis 2000.

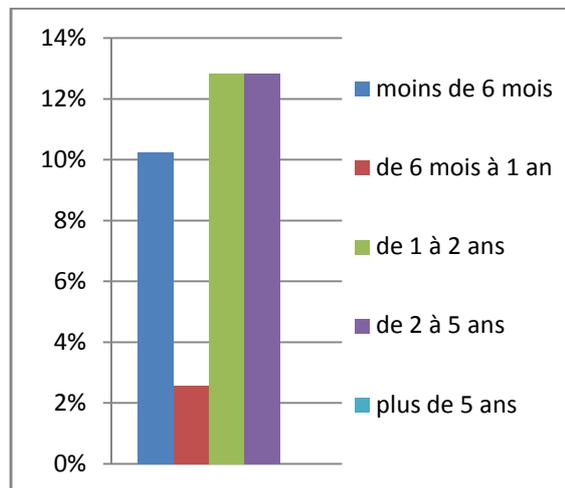
Si oui, combien de temps au total ?

38% des répondants ont répondu à cette question (en comparaison avec le taux de 41% de répondants déclarant avoir été au chômage).

Ils sont 10% à avoir connu moins de 6 mois de chômage depuis 2000.

A contrario, plus de 12% ont été au chômage entre 2 et 5 ans.

Aucun répondant n'a connu une période de chômage supérieur à 5 ans.



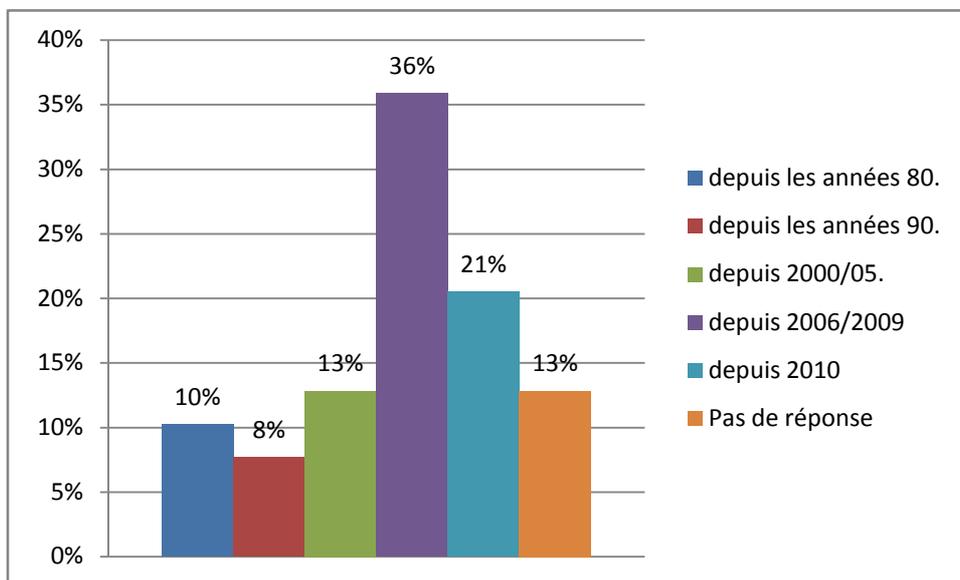
Si vous êtes actuellement salarié, depuis quelle année êtes-vous au poste que vous occupez actuellement ?

34 personnes, soit 87% des répondants, ont répondu à cette question.

Parmi les personnes ayant répondu,

- 4 sont en poste depuis les années 80
- 3 sont en poste depuis les années 90
- 5 sont en poste depuis 2000/05
- 14 sont en poste depuis 2006-09
- 8 sont en poste depuis 2010.

Plus d'un tiers des répondants occupent un poste depuis 2006-09. 21% des répondants ont été embauchés en 2010. 18% des répondants occupent le même poste depuis avant 2000.



Intitulé du poste

Adjoint territorial	2,6%
Agent de santé - auxiliaire de soins	2,6%
Agent de médiation et de prévention	2,6%
Agent de santé	2,6%
Agent de Service Hospitalier	2,6%
Aide médico technique	5,1%

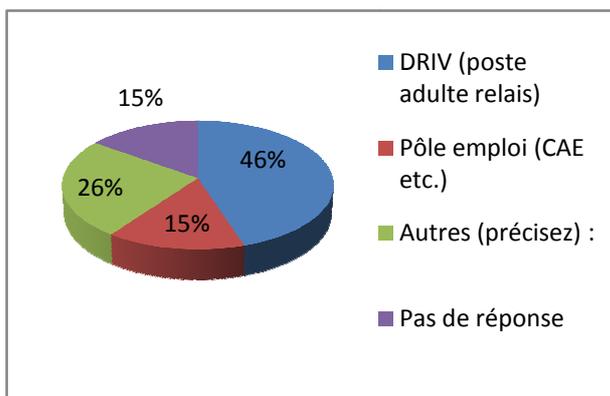
Parmi les 36 réponses données à cette question, on constate 23 intitulés différents. Cela démontre la diversité des appellations.

Près de 13% des répondants (les 5 médiateurs de Mama Bobi) se présentent comme des « Médiateurs interculturels et linguistiques ».

Assistant de coordination et médiation familiale	2,6%
Animateur	5,1%
Animateur adjoint	2,6%
Animateur social	2,6%
Animateur d'actions de prévention	2,6%
Animateur de prévention médiation santé	2,6%
Coordinateur	5,1%
Médiateur en santé. Animateur de prévention	2,6%

Médiateur	7,7%
Médiateur éducatif	2,6%
Médiateur social	7,7%
Médiateur santé - social	2,6%
Médiateur de santé publique	7,7%
Médiateur social en santé publique	2,6%
Médiateur interculturel et linguistique	12,8%
Psychologue	2,6%
Personne qualifiée (bénévole)	2,6%
Pas de réponse	7,7%

Sources de financement du poste



46% des répondants occupent un poste adulte relais financé via la DRIV.

15% bénéficient d'un autre contrat aidé (ex : CAE)

Plus d'1/4 des répondants mentionnent une autre source de financement de leur poste.

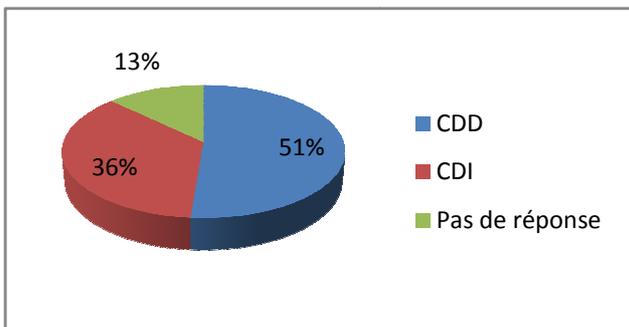
Ces sources sont diverses : Conseil général (13%), hôpitaux (11%), fonds propres d'une association (8%), PRE (5%), etc.

Si les aides accordées pour les postes (DRIV/Pôle emploi) peuvent s'accompagner de contreparties financières d'autres partenaires, seulement 4 répondants font référence à ces cofinancements.

Il semble que les répondants au questionnaire n'ont pas suffisamment connaissance des sources de financements de leurs postes.

Autres	
PRE	5%
APROSEP	3%
Conseil Général	13%
DDJS, Conseil général de Guyane, Haut Commissariat à la Jeunesse, Scarabée d'Emeraude	3%
Fonds propres Mama Bobi	3%
Subvention DSDS au CHAR	3%
CHOG	3%
CHAR	8%

Type de contrat

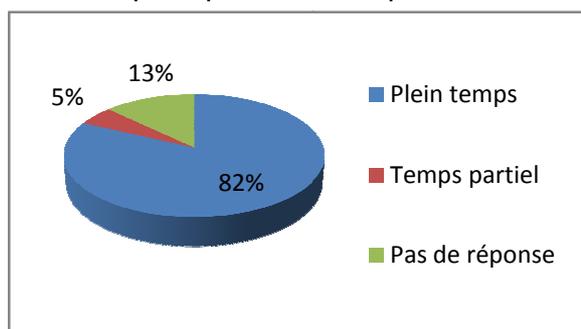


82% des répondants occupent un emploi à plein temps. 5% des répondants occupent un emploi à mi-temps. 13% n'ont pas répondu à cette question.

Plus de la moitié des répondants est en CDD.

Plus du 1/3 des répondants est en CDI.

13% n'ont pas répondu à cette question.



Salaire net mensuel

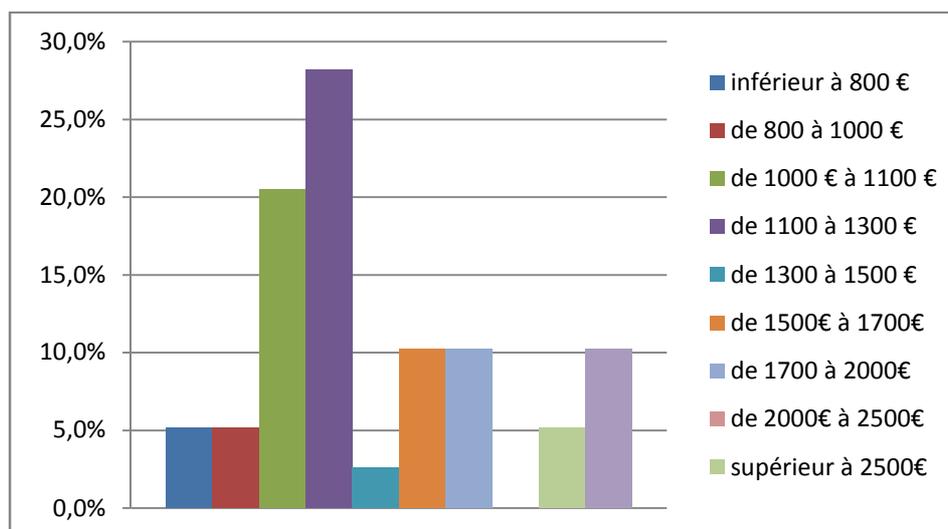
inférieur à 800 €	5,1%
de 800 à 1000 €	5,1%
de 1000 € à 1100 €	20,5%
de 1100 à 1300 €	28,2%
de 1300 à 1500 €	2,6%
de 1500€ à 1700€	10,3%
de 1700 à 2000€	10,3%
de 2000€ à 2500€	0%
supérieur à 2500€	5,1%
pas de réponse	10,3%

Près d'un tiers des répondants perçoit un salaire inférieur à 1100€.

Près d'un tiers des répondants perçoit un salaire net mensuel compris entre 1100 et 1300€.

82% des répondants perçoit un salaire inférieur à 2000 net.

Seulement 5% des répondants perçoit un salaire supérieur à 2500€.



5.4 Employeurs

Nom de la structure

3AG	3%
ADER	5%
AIDES	3%
AFDG	5%
APAMEG	3%
ARMSP	10%
ASFMF	3%
Association d'Aide aux Victimes	3%
CHAR/centres de santé	8%
Conseil Général	13%
CHOG	3%
DAAC	10%
Entraides	3%
GACID	3%
INPACT	3%
Mama Bobi	13%
MDM	5%
MDPH	3%
PRE	10%

Les 39 répondants exercent une fonction de médiation dans 19 structures différentes.

Parmi ces structures, on compte :

- 14 associations,
- 2 établissements hospitaliers (CHOG et CHAR),
- 1 collectivité (Conseil général),
- 1 dispositif (PRE),
- 1 groupement d'intérêt public (MDPH).

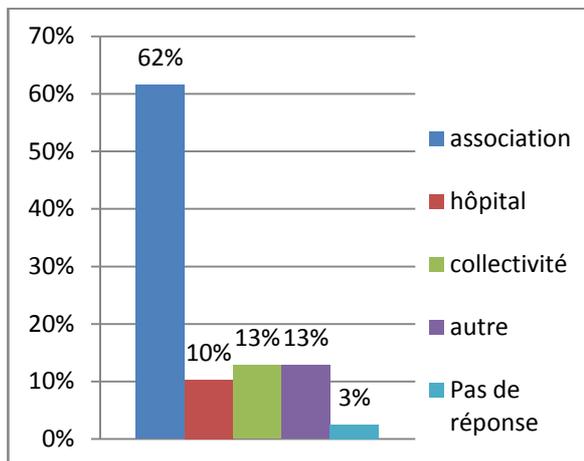
Parmi les associations, 6 font appel à plusieurs médiateurs, comme Mama Bobi (5), l'ARMSP (4) et la DAAC (4).

Forme juridique de la structure

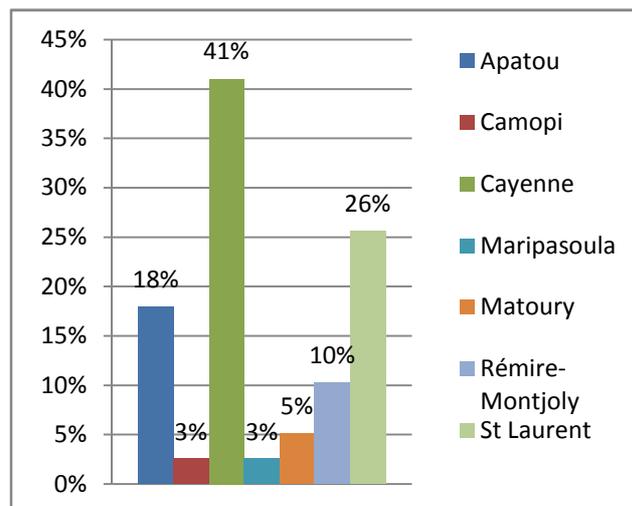
Parmi les répondants :

- 62% exercent dans une association ;
- 10% exercent dans une structure hospitalière (hôpitaux, centres de santé) ;
- 13% œuvrent au Conseil général ;
- 13% exercent dans un autre type de structure (MDPH, PRE).

Les associations sont les principaux employeurs des personnes.



Commune de la structure



Les structures qui font appel aux médiateurs sont basées dans 7 communes.

56% des répondants exercent dans une structure basée sur l'île de Cayenne.

Plus d'un quart des répondants œuvrent dans une structure basée à St Laurent.

Le pourcentage élevé (18%) de répondants dont la structure est basée à Apatou s'explique par la localisation de Mama Bobi, à la fois à St Laurent et à Apatou.

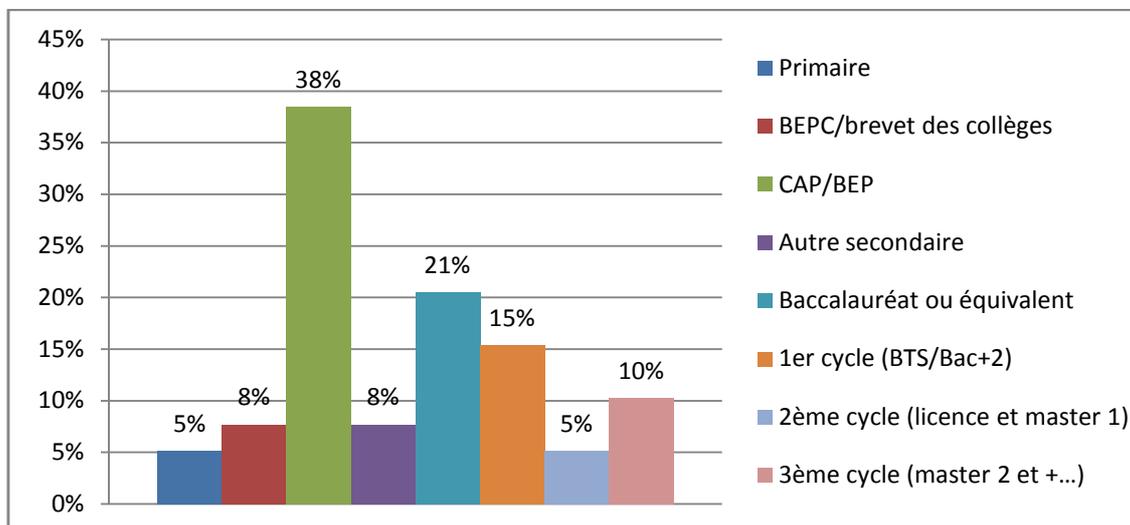
A l'exception de Mama Bobi, l'ensemble des structures basées dans les communes isolées (Camopi, Apatou, Maripasoula) dépendent du Conseil Général, (PMI), du CHAR (centres de santé) ou du dispositif PRE.

5.5 Formation

Niveau d'étude

Aucun répondant n'a jamais été scolarisé. 5% ont été scolarisés jusqu'en primaire. Près de 2 répondants sur 5 ont un niveau CAP/BEP.

51% des répondants ont un niveau équivalent ou supérieur au Baccalauréat. Moins d'1/3 des répondants a un niveau supérieur au Bac. 10% des répondants détiennent un diplôme de 3^{ème} cycle.



Remarque : « Les niveaux de formation des Guyanais progressent peu. En 2006, ils sont 53 %, dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée, à n'avoir pas décroché le certificat d'études primaires. C'est plus du double qu'au niveau national et la situation s'est détériorée depuis 1999. »⁵⁸

Intitulé du diplôme

Sur 34 réponses, sont mentionnés **24 intitulés différents de diplômes.**

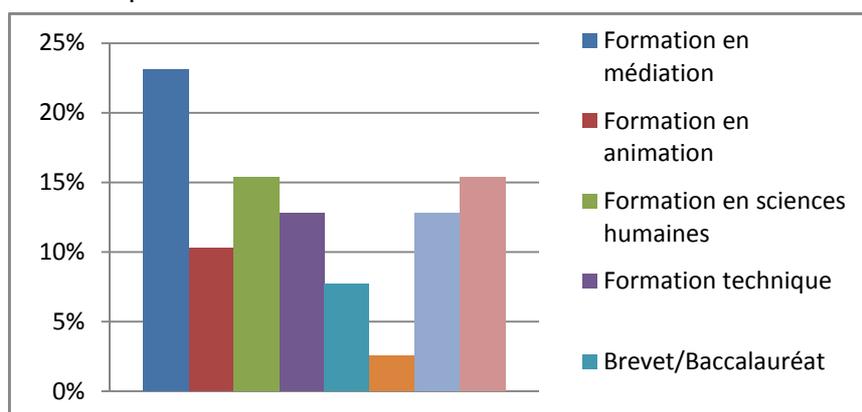
23% des répondants ont un diplôme en lien avec la médiation. Parmi ces derniers, 20,5% ont suivi et obtenu le CAP médiation/prévention, dont la 1^{ère} session a été proposée en Guyane en 2009-10

15% ont suivi une formation en sciences humaines. Ces personnes ont diplôme de niveau I ou II (licence, master ou doctorat)

10% des répondants ont une formation en lien avec l'animation

13% des répondants ont suivi une formation technique, n'ayant aucun lien direct avec la médiation (restauration, électrotechnique, soudure, etc.)

1 des répondants a un diplôme d'assistant social



Bénéficiaires de la formation initiale « médiation en santé publique » de l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA)

Près d'1/4 des répondants, soit 9 personnes, a bénéficié de la formation IMEA. Parmi ces personnes formées, 1/3 a participé à la session de 2002/03 et les 2/3 ont participé à la session de 2003. Tous les participants à la formation de l'IMEA ont participé à la session de formation complémentaire, proposée en 2005. 1 répondant a bénéficié de cette session sans avoir participé à la formation. Considérant que l'IMEA a formé 32 médiateurs en santé publique en Guyane, il apparaît que plus d'un tiers de ces médiateurs ont répondu à ce questionnaire, diffusé en 2010.

Avez-vous bénéficié d'autres formations utiles à la médiation ?

Plus de 3/4 des répondants ont bénéficié d'autres formations utiles à la médiation.

Plus d'1 répondant sur 5 n'en a pas bénéficié.

2 personnes n'ont pas répondu.

Si oui, précisez pour chaque formation : organisme formateur, intitulé, année et durée.

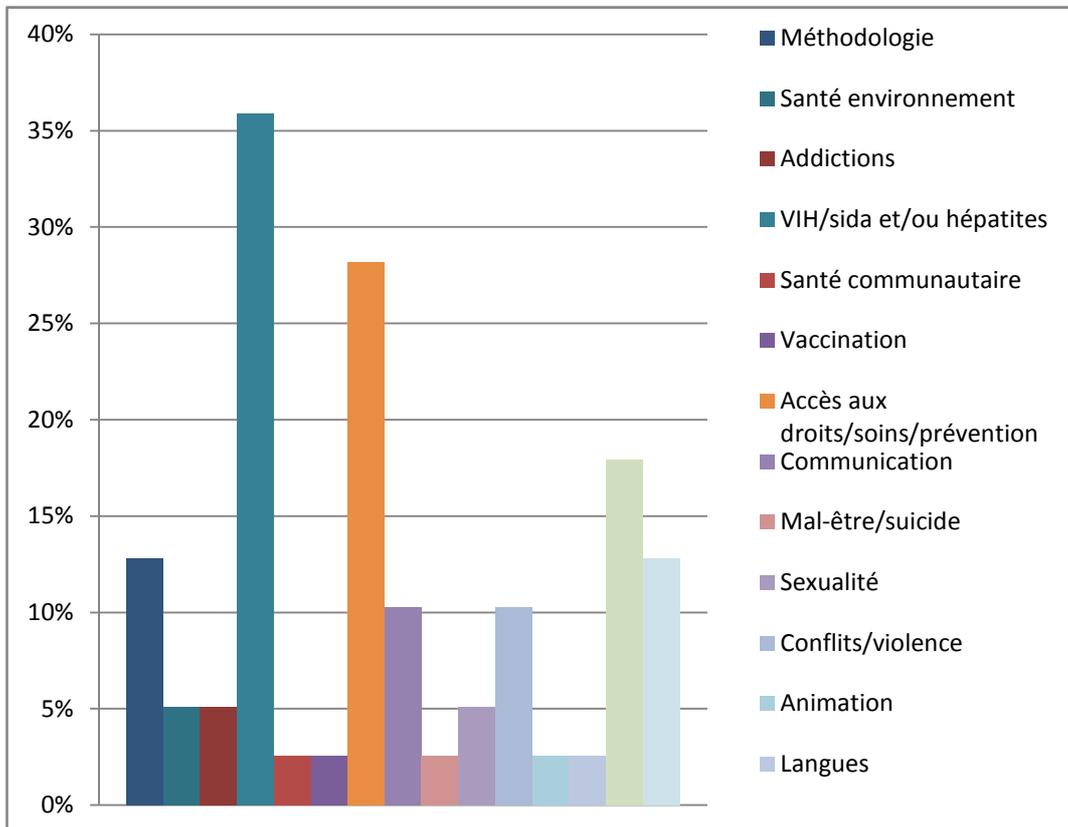
Etant donné que cette question était ouverte, de nombreuses réponses ont été offertes. Les principales thématiques de formation ont été identifiées, sous la forme de 15 rubriques différentes.

Il apparaît que les répondants ont principalement été formés sur 2 thématiques :

- le VIH/Sida et/ou les hépatites (36% des répondants)
- l'accès aux droits, à la prévention et aux soins (28% des répondants).

Par ailleurs, entre 10 et 18% des répondants ont également reçu une formation dans les domaines suivants : médiation (18%), méthodologie de projets (13%), communication (10%), conflits/violences (10%).

⁵⁸ INSEE, *Fiches - panorama des régions française*, 2006, p.183.

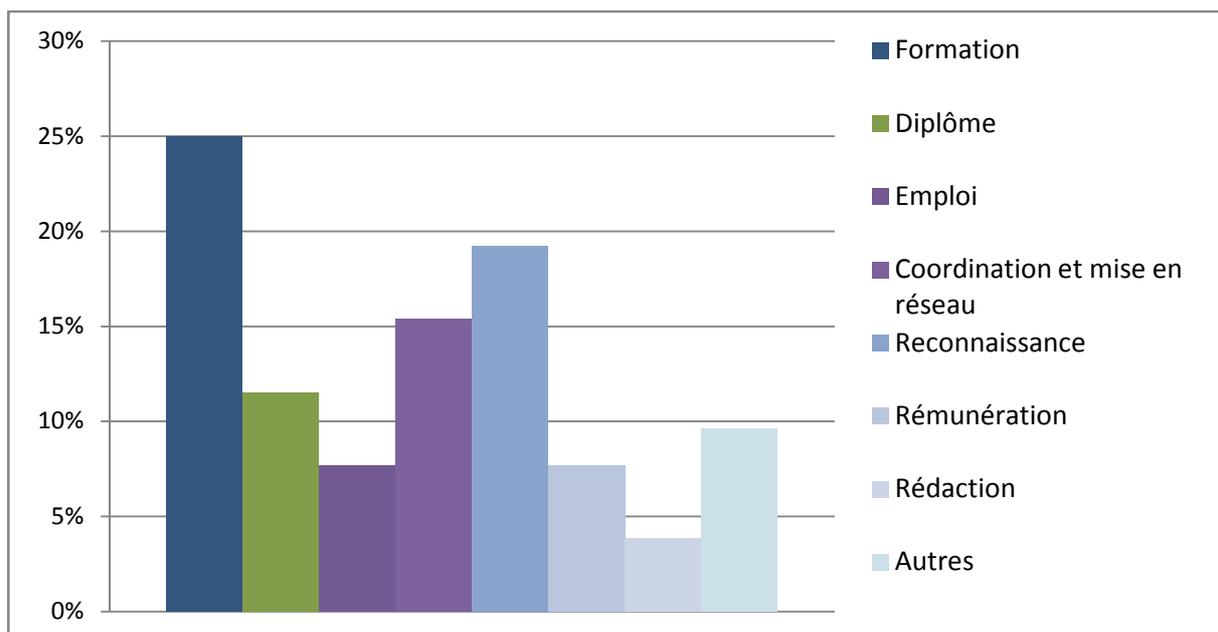


Enfin, seulement 3 à 5% des répondants ont bénéficié d'une formation sur les thématiques suivantes : santé environnement, addictions, santé communautaire, vaccination, mal-être/suicide, sexualité, animation, langues.

Les principales structures pourvoyeuses de formation citées par les répondants sont : la Cimade, la DDJS, Entraides, l'IFMAN, GPS, MDM et SIS.

Précisez votre attente ou besoin le plus fort

32 personnes ont répondu. Au total, 52 éléments de réponses répartis en 8 rubriques.



6. Témoignages

6.1 Témoignages des médiateurs

M. Ramon PITA, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi

En Guyane, toutes les actions que nous menons, c'est pour essayer d'aller à chaque fois de l'avant. Le rôle du médiateur en Guyane, c'est d'être auprès des populations et d'essayer de travailler le plus possible en partenariat avec les médecins et les professionnels de santé présents dans les communes par exemple de St Laurent du Maroni ou celles du fleuve.

Je vais par exemple vous donner l'exemple du programme pemba qu'on développe en ce moment et qui se rapproche d'une méthodologie de santé communautaire. On se rend dans les quartiers, on interroge les personnes sur les difficultés qu'elles peuvent rencontrer et on essaye de repérer les difficultés avec les médecins et professionnels de santé. On se rend dans les quartiers, dans un système de porte à porte, de rencontres. Ces enquêtes nous permettent de travailler sur le sujet qu'on aborde et, en l'occurrence le problème de la consommation de la pemba chez les femmes enceintes.

Sur ce programme pemba, il s'agit essentiellement de modifier les comportements. C'est une problématique qui concerne surtout la population bushinengue, consommatrice de cette argile. Les actions déjà menées par les médecins et le centre hospitalier n'ont pas eu l'appropriation voulue. C'est donc à l'appel de ces médecins que nous réalisons ce programme, en tant que médiateurs de ces communautés, pour améliorer cette appropriation et, tant que faire se peut, modifier les comportements.

L'essentiel de la méthodologie que nous proposons dans la médiation est de prendre en compte l'aspect linguistique. Pour améliorer la compréhension mutuelle et interculturelle, le volet linguistique est indispensable. Le fait est que les jeunes et les anciens s'expriment dans leurs langues maternelles, au quotidien. Donc il est indispensable, pour une meilleure compréhension du message, de s'adresser dans la langue maternelle.

Je reviens sur l'exemple de la pemba et pourquoi je prends cet exemple. Si vous regardez bien... Nous savons donc le danger que représente la consommation de pemba pour les femmes parturientes. Il ne s'agit pas seulement de montrer à la personne et aux populations que la consommation de la pemba est dangereuse, mais de comprendre tout le processus et d'essayer d'apporter des réponses adaptées afin que le message soit approprié.

Après avoir formé un groupe de médiatrices qui évolue de St Laurent jusqu'à Maripasoula et qui réalisent actuellement des enquêtes de terrain, nous attendons le retour afin de mettre en place, à partir de décembre/janvier, des outils (soit un film soit un roman-photo), qui prendront en compte l'ensemble des remarques faites par les personnes interrogées et, aussi, par les médiatrices. Ce programme se prolongera *a priori* jusqu'à fin décembre 2011.

J'espère que vous avez été contents d'entendre ma langue. Je vous remercie de m'avoir permis de m'exprimer dans ma langue. Même si, le français reste une langue utilisée dans tous les outils que nous élaborons, je vous rappelle que dans l'ouest, c'est le nengue tongo qui est la principale langue parlée.

Nous travaillons tous pour les générations futures.

Je remercie le Conseil Général, la Région et le « bureau Massemin » [la coordinatrice de l'ASV de St Laurent], ici présent, et l'ensemble des collaborateurs qui nous permettent, tout au long de l'année, de faire évoluer nos compétences.

Mme Sheila DAMASE, Médiatrice sociale et animatrice de prévention, Mission France Guyane MDM

Je travaille à MDM en tant que médiatrice. Médecins du Monde est une association de solidarité internationale qui s'appuie essentiellement sur l'engagement de bénévoles. La première mission de Médecins du Monde est de soigner gratuitement les personnes vulnérables et en situation précaire, en France et à l'étranger.

En Guyane, il y a eu un constat de fait disant que la population avait des difficultés d'accès aux soins, que cela soit pour la prévention ou l'ouverture de droit. Ce constat a incité MDM à s'installer en Guyane en 2005 et à proposer aux personnes, par le biais de permanences au sein d'un centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO), deux fois par semaine, des consultations médicales ou un accompagnement à l'ouverture de droits. Le travail d'accompagnement se fait en partenariat, essentiellement avec les associations présentes sur l'île de Cayenne, et les institutions, en répondant aux différents appels d'offres.

MDM propose sur l'île de Cayenne un CASO des permanences sociales et médicales ainsi que des actions de prévention de santé sur les différents quartiers prioritaires en direction de la population. Le but principal est de promouvoir l'autonomie et la responsabilité des personnes en matière de santé, d'informer, d'éduquer et de prévenir sur des thèmes tels que les droits en matière de santé, les structures et démarches, les IST, le VIH-Sida, les fièvres, le diabète, la HTA et la vaccination.

Il existe une autre mission MDM, mal connue sur la Guyane : la Mission parrainage des enfants hospitalisés. Une équipe de bénévoles ainsi qu'une coordinatrice bénévole, basée à l'hôpital de Cayenne, fait des actions auprès d'enfants très loin de chez eux : des visites, sorties et accompagnement des familles ainsi que du dépannage de vêtements, et un soutien moral et affectif des enfants hospitalisés.

En tant que médiatrice à MDM, ma principale mission est la prise en charge des usagers venant au CASO qui viennent pour se faire soigner, en faisant le point sur leur situation sociale et administrative et ainsi leur proposer une prise en charge en respectant la loi.

C'est alors :

- orienter la personne vers les différentes structures toujours en s'appuyant sur les associations et les institutions : le Conseil Général à travers la PMI, la Sécurité sociale, l'hôpital, les centres de santé etc. ;
- aider les personnes à la compréhension du système de soins, qui est assez complexe pour nous qui avons l'habitude de ce système, et qui est donc d'autant plus complexe pour ceux qui n'ont jamais fait de démarches. C'est donc expliquer les fonctionnements pour respecter leurs droits et devoirs.
- prendre en charge l'accompagnement physique des personnes quand elles ont des difficultés à s'orienter vers les différentes structures, les accompagner parfois jusqu'aux portes des structures, faciliter le contact avec les personnes qui les accueillent dans les structures et leur permettre d'accéder aux droits et aux soins.
- animer les actions de promotion de la santé dans les quartiers prioritaires définis par les CUCS des mairies de l'île de Cayenne.

Dans le cadre de ma fonction de médiatrice, je suis amenée, parfois, à me rendre dans les structures afin de lever des incompréhensions émanant à la fois des agents qui accueillent les usagers et les usagers, qui ne comprennent pas pourquoi, malgré les explications et démarches effectuées, cela bloque. Le rôle du médiateur, c'est vraiment d'être l'interface entre l'institution et la personne, notamment pour des problèmes de langues, de compréhension du système, mais aussi d'apaiser les tensions qui peuvent naître des incompréhensions des uns et des autres.

Mme Vanessa FACCHINO, Médiatrice de santé, Service pédiatrique du Centre hospitalier Andrée Rosemont de Cayenne

La médiation au service de l'observance thérapeutique

Le problème

Une enfant, vivant à Maripasoula avec sa mère, est suivie régulièrement en consultation et en hôpital de jour (HDJ) Pédiatrie à Cayenne pour une pathologie chronique. La mère a des difficultés pour lui donner le traitement. L'observance pose problème.

Les modalités de résolution du problème

- Mener des entretiens avec la mère, lui redonner confiance, la soulager dans le suivi de soin de sa fille.
- Mettre en place une visite à domicile quotidienne d'un infirmier pour l'administration des médicaments, un contrôle de l'état général et la surveillance de l'observance thérapeutique.
- Rester en contact régulier avec l'infirmier sur place afin qu'il fasse des retours sur l'évolution de la situation.
- Lui faire parvenir certains médicaments par le biais de la pharmacie de l'hôpital et la logistique des centres de santé (une partie du traitement n'étant pas disponible à la pharmacie de ville de Maripasoula).

Les bénéfices et les limites de l'intervention

- Veiller à ce que progressivement, la situation permette d'évoluer vers une prise en charge par la mère seule, toujours en lien avec moi.
- Faire un bilan régulier avec la mère sur ce passage quotidien.
- Les difficultés rencontrées : liées essentiellement au fait que c'est une situation gérée à distance. La patiente n'est vue que quand elle vient pour une consultation sur Cayenne et pour ses bilans, soit 3 à 4 fois par an.

L'accès aux droits et aux soins des migrants

Le problème

Une enfant, suivie en consultation et en HDJ Pédiatrie pour une pathologie chronique. La maman est en situation irrégulière. La mère risque de retourner dans son pays d'origine et ne pourra pas, de ce fait, continuer la prise en charge médicale de l'enfant.

Les modalités de résolution du problème

- Voir la mère en entretien. L'aider dans sa démarche de demande de carte de séjour temporaire à titre de parent d'enfant malade, notamment en regroupant les documents nécessaires pour constituer le dossier.
- Faire établir un certificat médical détaillé par le pédiatre qui suit l'enfant. Avec un certificat médical plus détaillé qui précise que l'enfant ne pourrait pas avoir un suivi médical adapté s'il retournait dans son pays d'origine, la demande peut être acceptée.
- Déposer le dossier auprès de la Préfecture et surveiller l'évolution de la demande. Faire une nouvelle demande si cela ne fonctionne pas la première fois.

Les bénéfices et les limites de l'intervention

- La mère est autorisée à rester sur le territoire français, elle n'est plus angoissée à l'idée d'être arrêtée ou expulsée.
- Cela permet une continuité des soins de l'enfant, ce qui n'aurait pas été possible dans le pays d'origine.
- Difficultés rencontrées pour obtenir une carte de séjour au titre de parents d'enfant malade. Ces derniers temps, beaucoup de demandes de ces cartes sont refusées (durcissement des conditions d'obtention). L'ARS peut considérer que la pathologie de l'enfant n'est pas suffisamment grave ou que le suivi de soin peut être traité dans le pays d'origine des parents.

L'accès aux soins des populations vivant en Guyane

Le problème

Un enfant souffrant de trisomie ainsi que de troubles associés est vu en consultation par le pédiatre. Il a été suivi jusqu'à ses 6 ans dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce à Cayenne. Depuis 4 ans, l'enfant n'est plus suivi par aucune structure. Il ne semble pas y avoir un établissement adapté pour lui en Guyane. Les parents se sentent dépassés et ne savent pas quelles démarches entreprendre. Ils voudraient savoir vers qui se tourner.

Les modalités de résolution du problème

- Orienter les parents vers la MDPH et les accompagner dans leurs démarches pour trouver une structure adaptée en métropole qui pourrait accueillir leur enfant.
- Prendre contact avec les établissements en métropole pour connaître les conditions d'admission, etc.
- Aider les parents à monter le dossier (ex : les guider pour effectuer un bilan psychologique de l'enfant).

Les bénéfices et les limites de l'intervention

- Diminuer l'inquiétude des parents de cet enfant qui nécessite des soins adaptés à son handicap.
- Difficultés rencontrées liées à l'obtention d'informations claires auprès de la MDPH concernant les démarches que doivent effectuer les parents

D'autres témoignages de médiateurs vous sont proposés en Annexe 4.

6.2 Témoignage d'un partenaire : l'ASV

Intervention de Mme Joanne MASSEMIN, Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de St Laurent du Maroni

Accompagnement à l'utilisation des bornes fontaines monétiques de Saint-Laurent du Maroni, l'exemple d'un partenariat réussi

Les Ateliers Santé Ville (ASV) et les médiateurs, des rapports privilégiés

Les ASV sont des dispositifs des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) ayant pour objectif principal de répondre aux problèmes de santé rencontrés par les personnes résidant sur les territoires prioritaires de la commune. Leur mise en place nécessite la réalisation d'un diagnostic partagé entre les acteurs et les habitants qui aboutit à la définition d'un programme d'actions opérationnelles dont la mise en œuvre sera suivie et évaluée. Les médiateurs, acteurs de terrain, évoluant sur les différents quartiers ciblés sont donc sollicités dès la phase d'enquête. Ce partenariat nécessaire évolue au fur et à mesure de la mise en œuvre.

La mise en place de bornes fontaines monétiques

Contexte.

En pleine expansion démographique, la ville de Saint-Laurent du Maroni, est confrontée au développement de sites d'habitat spontané. Afin de répondre aux besoins de première nécessité et lutter contre les maladies hydriques et vectorielles, l'installation de bornes fontaines monétiques a été proposée sur 3 quartiers. Initié par l'Atelier Santé Ville de Cayenne en 2008, ce projet a été développé par les autres Ateliers Santé Ville de Guyane. Il est soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et financé à 95% par les fonds FEDER et FIDOM du programme opérationnel de 2007/2013.



Mise en œuvre.

Afin de s'assurer de l'adhésion des habitants et d'une bonne utilisation du matériel mis à disposition, un accompagnement a été proposé par le Centre Communal d'Action Sociale à la collectivité.

L'association Mama Bobi particulièrement impliquée dans les quartiers concernés et reconnue pour le travail mené par son équipe de médiation a été mandatée pour assurer ce suivi. Plusieurs objectifs étaient fixés :

- connaître les habitudes des habitants en termes d'usages et stockage de l'eau,
- accompagner les habitants dans l'utilisation quotidienne des bornes,
- assurer une veille technique,
- assurer des informations d'éducation sanitaire adaptées,
- légitimer le rôle du médiateur comme interface nécessaire entre les habitants, la collectivité, les services techniques concernés et le fournisseur.

Le programme d'accompagnement a donc été proposé en plusieurs étapes :

- une intervention en amont de l'installation des bornes (enquête sur les usages de l'eau et le mode d'alimentation) ;
- un accompagnement à l'organisation de l'inauguration des bornes (conception de documents, communication, traduction) ;
- un suivi hebdomadaire sur site et à la Société Guyanaise Des Eaux (GDE) - relevé des problématiques rencontrées par les usagers, relevé du nombre de cartes vendues par quartiers ;
- des informations d'éducation sanitaire régulières.

Une rencontre hebdomadaire est faite avec la coordination assurée par l'ASV et l'ARS les problématiques sont signalées aux différents services concernés.



Premier bilan.

Après un mois et demi d'installation, 68 cartes ont été vendues et plus de 145 m³ d'eau consommés. Aucune difficulté majeure n'a été constatée. L'équipe de médiateurs présente chaque semaine sur site est parfaitement identifiée par les habitants des quartiers.

Un premier bilan a été réalisé avec l'ensemble des acteurs du projet concernés (services techniques, SGDE, ARS, DAF, ASV, Mama Bobi).

Le partenariat Atelier Santé Ville/Médiateurs

Le médiateur, une implication à chaque étape du projet

L'accompagnement à l'utilisation des bornes fontaines qui a été proposé, a permis une adhésion et compréhension rapide du système par les habitants. L'implication des médiateurs de l'association Mama Bobi a été essentielle à la réussite relative de ce projet.

Acteurs de terrain, intégrés dans la vie de ces quartiers, ils ont facilité l'accès aux personnes et permis une meilleure compréhension de la situation et des problématiques rencontrées. La possibilité d'échanges en langue locale est un facteur d'adhésion et d'intégration primordial. La méthode utilisée pour les entretiens, principalement basée sur du porte à porte, permet un temps d'échange et une

écoute importants, particulièrement appréciés par la population. Les connaissances de l'équipe de médiateurs sur les thématiques abordées ont permis d'apporter des réponses aux premiers questionnements des usagers.

Dès le début du projet, la coordination a souhaité associer l'équipe de médiateurs (élaboration du questionnaire, traitement des données, traduction, ressenti, organisation des visites et des enquêtes). Cette connaissance du programme et de son évolution a facilité la validation du projet par les habitants et l'utilisation rapide du système. La participation au comité de suivi du projet a assuré également une légitimité au médiateur et une reconnaissance du travail accompli.

Véritable relais de communication et d'information, l'équipe de Mama Bobi assure aujourd'hui le lien indispensable entre le maître d'ouvrage et l'utilisateur pour le bon fonctionnement du nouvel équipement installé.

L'Atelier Santé Ville, l'Agence Régionale de Santé, un appui méthodologique.

La coordination, mise en place portée par l'Atelier Santé Ville et l'Agence Régionale de Santé, apporte un appui méthodologique à l'équipe engagée sur le terrain. Les rencontres hebdomadaires ont imposé la rédaction d'un rapport de visite et montré le rôle de l'enquête et de son analyse, le rôle de l'évaluation, le lien entre l'enquête et les actions, ainsi que l'importance des écrits. L'ensemble de ces rencontres assure la valorisation de l'action.

Conclusion

Le médiateur est donc un partenaire à part entière de ce projet, permettant par son expérience de terrain, sa méthodologie de travail et sa capacité d'adaptation d'apporter une réponse adaptée aux différentes demandes. Son implication à toutes les étapes de l'action a souligné le rôle d'interface que joue cet acteur indispensable à la réussite d'un projet de quartier.

Visuel des bornes fontaines

Installation de BORNES FONTAINES à Saint Laurent du Maroni DEN BORNES FONTAINES DORO NA SOOLAN

COMMENT UTILISER UNE BORNE FONTAINE ?

Fa fu wroko nanga a borne fontaine ?

Une borne fontaine est un point d'alimentation en eau potable ouvert au public

Wan borne fontaine na wan kran di de gi alasuma.



Pour garder l'eau potable utilisons des contenants alimentaires

(☒) réservés à cet usage !

Yu abi spesrutu jerrycan pe yu kan hori yu dringi watra alaten kran na inisey. A jerrycan disi abi wan marki fu wan forku nanga wan grasi ☒ na en tapu di e sori taki a meki spesrutu fu poti nyan sani inisey.

En annexe 5, l'Atelier Santé Ville (ASV) de St-Laurent-du-Maroni a apporté une autre contribution, à travers un témoignage sur la mise en place d'un réseau de médiateurs, qu'il nous apparaît essentiel de réactiver.

6.3 Témoignages des bénéficiaires

Témoignage recueilli par Jean-Luc BAUZA, Médiateur en santé publique

A Cayenne, le 18 janvier 2011

« Bonjour,

Je m'appelle T. A.

Je suis le papa d'un petit garçon aujourd'hui âgé de 11 ans.

Lorsqu'il avait 5 ans, l'Hôpital de Kourou (la ville où j'habite) nous a appris que notre fils était atteint d'un cancer du rein. Il a été orienté vers l'Hôpital de Cayenne pour y être suivi.

C'est là, dans le Service de Pédiatrie, que j'ai rencontré le Médiateur de Santé Publique (MSP).

Notre fils a été envoyé en urgence à l'Institut Gustave ROUSSY à Paris : il y a séjourné 1 an.

Bien que vivant en Guyane depuis plus de 20 ans (je suis saramaka, originaire du pays voisin, le Surinam), ni ma femme ni moi n'avions réussi à obtenir de titres de séjour.

C'est le MSP qui a informé le Médecin Chef de Service de la possibilité pour moi d'obtenir une APS (Autorisation Provisoire de Séjour) pour soins, et c'est lui qui s'est occupé avec moi des démarches auprès de la Préfecture : ce qui m'a permis de régulariser ma situation afin d'aller faire un séjour en France pour voir mon fils (ma femme restant auprès de nos 4 autres enfants).

Entre temps, le MSP avait aussi pris contact avec la « Mission Parrainage des Enfants Hospitalisés de Médecins du Monde » à Paris pour que notre fils ne reste pas isolé et que je puisse être bien accueilli durant mon séjour.

Au retour de notre fils en Guyane, un an plus tard, le MSP a continué de s'occuper de beaucoup de démarches nous concernant (accès aux droits sociaux, CAF, logement, scolarité, relations avec les services de l'Hôpital...) que je n'arrivais pas à faire (ma femme et moi ne sommes pas francophones et nous ne savons ni lire ni écrire).

Démarches surtout que ne pouvaient pas faire les autres travailleurs sociaux : ni ceux de Cayenne (car nous sommes domiciliés à Kourou), ni ceux de Kourou, (car notre enfant dépend de l'Hôpital de Cayenne), ni ceux de l'Hôpital (car notre enfant n'était pas hospitalisé) !

... Et en particulier du renouvellement de mon APS (démarche qui semble simple mais reste toujours lourde et compliquée et surtout aléatoire...), à tel point que le MSP nous a finalement orienté vers un avocat, seul moyen pour ma femme et moi d'obtenir enfin des papiers, que nous avons obtenus tous les deux récemment.

A ce jour, notre fils va bien mais nous continuons de le faire suivre ».

Témoignages recueillis par les médiateurs interculturels et linguistiques de Mama Bobi.

A St Laurent-du-Maroni, en janvier 2011

« Je m'appelle Lando, j'ai 26 ans et je suis agriculteur.

Je n'ai jamais été hospitalisé. Je suis animiste et préfère la médecine traditionnelle. En 2005/06, j'ai travaillé sur un site d'orpillage et beaucoup fréquenté les Brésiliennes. J'ai vécu quelques temps avec une fille qui ne voulait pas de rapports non-protégés. Comme je voulais un enfant avec elle, elle m'a obligé à aller faire un test HIV. J'ai fait ça au Suriname. Bon voilà, je suis séropo. J'ai détesté le jour où on m'a dit ça et je ne l'ai pas cru. Je veux toujours un enfant. Aujourd'hui, ma copine m'a quitté, elle a eu un enfant avec un autre gars. En discutant avec un médiateur, j'ai compris peu à peu que les ancêtres ne m'avaient pas abandonnés pour autant. Il m'a convaincu que je pouvais être pris en charge et que les femmes pouvaient accoucher avec des traitements et que l'enfant ne serait pas

contaminé. Grâce à lui, j'ai une nouvelle copine qui a été faire le test. J'espère que tout ira bien désormais. Le médiateur a aussi parlé avec ma copine. De mon côté, j'ai dit à ma mère qu'elle ne devait pas s'inquiéter et que j'aurais moi aussi des enfants. Le médiateur a aussi parlé au guérisseur et, grâce à lui, il peut m'aider en connaissance de cause puisqu'il connaît les effets secondaires des médicaments. Ma mère a demandé au médiateur de venir expliquer comment la contamination mère/enfants n'était plus obligée et que beaucoup d'enfants naissent de couples et que souvent, pour beaucoup de personnes traitées, le virus était indétectable. Dans mon village, la médiation a su vaincre la peur et de nombreux enfants sont peut-être ainsi comme les miens demain, venus au monde sans l'angoisse des familles ou le secret des parents ».

« Je m'appelle Marie-Louise. Je suis une fervente chrétienne et n'ai pas compris pourquoi Dieu tout puissant me punissait à travers mon enfant drépanocytaire. Dans mon quartier, il était difficile d'expliquer ce qui arrivait à mon enfant, pourquoi il ne pouvait pas faire ceci ni cela et comment nous devions vivre son handicap. Un jour, une médiatrice m'a apportée un petit livre en couleur écrit dans ma langue et à destination aussi bien de mon fils que de toute la famille. Ensemble, nous avons discuté et mieux compris ce qu'était cette maladie, où Dieu n'avait pas grand-chose à voir ni moi pas grand-chose sur lequel me culpabiliser. Grâce à cette médiatrice, nous avons tous été moralement soulagés. Nous avons trouvé des mots dans notre langue pour comprendre, agir, et soulager. Désormais, nous faisons partie d'un groupe de parole et d'un groupe de soutien Globi'ouest. La médiation est une aide et un accompagnement indispensable dans l'éducation thérapeutique. Mon fils ne va pas trop mal. Merci ».

Je m'appelle Amienba. J'ai 40 ans. Je vis avec toute ma famille sur un site isolé sans eau, sans électricité, et nous souffrons tous depuis plusieurs années de diverses affections, de maladies vectorielles dues aux mauvaises conditions de vie qui sont les nôtres. Le premier poste de santé est à 80 km. Je ne parle pas le français bien que ma famille réside en Guyane depuis près d'un siècle. C'est ainsi. C'est la visite régulière de Tamundu qui nous a permis de réaliser l'insalubrité de notre installation. Grâce à cette équipe, nous avons creusé des puits, éloigné les latrines, nettoyé les abords du kampu, reconsidéré la vaccination de nos enfants, installé des moustiquaires et un filtre à eau. Cette médiation, dans notre langue et sur des problèmes de santé que nous ne voyions pas, a servi à notre émancipation sociale. Grâce aux vaccinations (les enfants sont scolarisés), la malaria n'a pas frappé cette année. Aucun de nous ne souffre plus de la dengue et nous attendons avec impatience les dépistages (TROD, diabète, etc.) que cette médiation nous apportera au cours de cette année. Aucun médecin, ni infirmier, ni agent de santé quelconque n'avait visité notre village depuis la construction de la base spatiale à Kourou. Cette médiation nous rend la citoyenneté à laquelle nous ne songions même pas. Gaan tangi fi i ».

7. Débat dans le cadre du séminaire

Débat animé par **Elise LORIDMOND LARCHER**, médiatrice en santé publique (ARMSP), et **Marc PERROUD**, médiateur interculturel et linguistique (Mama Bobi)

Mme Marie-Laure SOPHIE, Chargée de mission santé, CUCS/DSRU de Cayenne

Ma question s'adresse au Dr Troussier. La notion de médiateur en santé arrive en Guyane en 1980. Aujourd'hui, on est en 2010, cela fait trente ans. Si on estime qu'un agent a commencé à cet âge là, aujourd'hui, il a soixante ans. Trente années sur un emploi précaire.

Ce qui m'interpelle, c'est la situation de ces médiateurs. Ils sont sur des emplois qui sont reconnus, le diagnostic a été fait et j'entends encore dire que pour professionnaliser le métier de médiateur, en santé notamment, il faut encore des travaux. Par rapport au taux de chômage en Guyane, on constate qu'il y a deux jeunes de moins de vingt-six ans qui exercent cette fonction. J'aimerais savoir si aujourd'hui, par rapport à la demande du Ministère de la Santé, on a un échancier pour permettre à ces gens là de se projeter sur l'avenir parce qu'il y a une grande injustice. Il y a des personnes qui font fonction de médiateur, qui ont un diplôme derrière et qui pourront toujours avoir un emploi et se permettre de faire des projets, alors qu'il y en a d'autres qui n'ont pas de diplôme et qui attendent désespérément cette professionnalisation. Alors, est-ce qu'on a un échancier pour qu'on puisse se dire : « Enfin, on va professionnaliser, enfin, ces gens là qui travaillent et dont le travail est reconnu puissent avoir un diplôme » ? Merci.

M. le Dr Thierry TROUSSIER, Représentant de la DGS

Le Président de Guyane Promo Santé me demandait ce que j'avais dans ma hotte. Même si je suis un représentant de la Direction Générale de la Santé et que par ce biais là, je représente le ou la Ministre en fonction à ce moment là, nous savons tous qu'il y a une différence entre un chargé de mission, ses croyances, ce qu'il porte depuis de nombreuses années, et des textes de lois qui sont votés par nos représentants, et là je me mets devant le citoyen qui vote, qui choisit en majorité une orientation politique et ensuite en assume les conséquences de ses choix politiques, du moins des votes qui sont faits.

Donc notre rôle à la Direction générale de la santé, c'est évidemment de porter ce dossier auquel nous croyons, auquel nous pensons qu'il y a une place pour des professionnels, médiateurs, et auquel nous pensons et nous croyons fortement qu'il faut inscrire dans les professions initiales le métier d'accompagnement auprès des professions médico-sociales, et d'autre part, avoir de la formation continue dans ce domaine là aussi, ce qui permet d'avoir, comme l'a très bien dit la représentante du Président du Conseil Général. La médiation est un métier à multiples facettes dont chacune des personnes qui sont en contact avec des clients, des personnes et des patients (de l'utilisateur tout simplement), doit pouvoir s'adapter. On a entendu des témoignages qui sont multiples et variés.

Alors je ne sais pas si c'est arrivé en 1980 ici, mais je sais que les formations à l'IMEA (la Guyane faisait partie des trois régions prioritaires qui étaient les régions Paca, Ile de France et Guyane) ont commencé entre 2001 et en 2005. Ceux-là s'appellent des médiateurs en santé publique. Avant, il a existé des médiateurs sociaux et, vous avez raison, c'est dans les années 80, dans le cadre de la Politique de la Ville, que se développent des médiateurs culturels ou des médiateurs sociaux, des personnes ou des femmes qu'on appelle des femmes-relais aussi. A cette époque là et depuis, nous ne sommes pas arrivés à déboucher sur une professionnalisation de la médiation. Il faut savoir que pour créer une nouvelle profession, la moyenne en nombre d'années entre le début du travail à un niveau national (porté par des Chargés de mission comme nous) et le moment où cela arrive, c'est vingt cinq ans. C'est la moyenne. Cela a donc été très bien dit sur le plan historique lors de la réunion à l'Institut Pasteur qui a eu lieu il y a trois semaines. Nous n'abandonnons pas, nous sommes toujours là, nous sommes toujours présents, on propose toujours nos textes de loi, nos décrets, nos applications. Nous évaluons à chaque fois combien cela coûte parce qu'on ne fait pas un texte de loi sans évaluer les conséquences financières. Sinon, cela ne sert à rien de le proposer parce que cela bloque immédiatement. Je suis sûr que mes collègues institutionnels des collectivités territoriales qui

sont présents savent bien que pour faire passer une option, on doit dire aussi l'impact financier. Quand on a un impact financier, on retire de l'argent d'un côté pour en mettre dans l'autre.

Nous, nous sommes conscients de la précarisation de cet emploi. Nous sommes conscients du travail fait dans le temps. Nous avons pensé à faire passer des médiateurs en santé publique via le cheval de Troie qui est le VIH/IST, cela n'a pas marché. Ensuite, on a tenté avec l'éducation thérapeutique, cela n'a pas non plus été la bonne voie. Nous tenterons par d'autres voies d'y arriver. En tout cas, ce qu'on nous demande, ce n'est pas d'expertiser ce que font les médiateurs en santé, mais de se dire ce qu'il y a de commun ou quel est le tronc commun, le générique, puisque c'est le terme employé par Madame Bachelot. Quel snt les moyens génériques qui réunissent l'ensemble de ces métiers d'aide qui facilitent l'accès aux soins, l'accès aux droits sociaux, qui permettront ensuite d'avoir une reconnaissance. Je n'ai pas l'intention d'avoir une langue de bois donc je n'ai aucun échancier. L'échancier est vraisemblablement à court ou moyen terme et aussi fonction des choix politiques. Il faut en être conscient. En fonction d'un bord ou d'un autre, on passe plus ou moins facilement des dossiers sociaux. J'ose le dire.

Mme Ketty SAINT-CLAIR, Responsable de la Politique de la Ville, DRIV

Si je peux compléter, les premiers postes d'adultes relais remontent à 2001. C'est vrai que quand on signe les conventions avec les structures porteuses, il y a dans cette convention une obligation de formation. Mais force est de constater que fort peu de ces structures mettent à disposition du salarié la formation, soit parce qu'elle n'existe pas ou alors, si elle existe, car elle est peut-être trop onéreuse pour la structure qui, en général, est une association et ne dispose pas de gros moyens. L'année dernière, nous avons pu, grâce à des fonds spécifiques de l'Acse, mettre en place une formation CAP agent de médiation et de prévention, qui a été suivie sur les trois bassins de Cayenne, Kourou et St-Laurent-du-Maroni par environ 45 adultes-relais sur les 99 qui sont en Guyane. On a eu un taux de réussite de 100%. Donc c'est vrai que cette formation n'était peut-être pas totalement focalisée sur le métier de médiateur de manière fine, mais cela a déjà été l'occasion pour ces personnes qui fonctionnaient de manière empirique d'avoir au moins un diplôme qui permette de les inscrire dans la grille de diplômes du système français. Là, en 2010, on n'a pas pu faire la même chose parce qu'il y eu des concours de circonstances, notamment la préfiguration pour la mise en place de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale. Mais, d'ores et déjà, avec les collègues de la DDJS que nous allons rejoindre au 1^{er} janvier prochain, nous sommes en train de réfléchir sur la forme que pourrait prendre la formation à destination des adultes-relais, pour les professionnaliser. C'est une formation qui sera mise en place en 2011. Effectivement, on va prendre l'attache de GPS et d'autres associations qui œuvrent dans le domaine de la médiation pour essayer justement de coller le plus au terrain. Cela revêtira la forme d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'un diplôme de niveau IV. Dans tous les cas, c'est une préoccupation de l'Acse et c'est aussi une préoccupation des services qui s'occupent de la politique de la ville en Guyane.

M. Alfredo FLORES FUENTES, Médiateur en santé publique, ARSCA

Je suis médiateur en santé publique de la première promotion de l'IMEA. Je vous parle dans le cadre vraiment personnel. Cela se ressemble un peu pour les autres médiateurs de santé publique formés dans le cadre de cette formation.

J'ai travaillé au début, il y a une dizaine d'années, avec le Dr Klein à St-Laurent-du-Maroni pour une association d'aide aux toxicomanes. J'ai été mis dehors parce qu'apparemment, je n'avais pas les diplômes français à l'époque alors que notre structure fonctionnait très bien. Il y avait des publics qui étaient pris en charge. Les subventions étaient accordées car le projet tenait la route. Donc, à l'époque, c'était Madame Villeneuve qui s'occupait de cela. Donc j'ai été mis de côté à cause du manque de diplôme français. Les compétences n'étaient pas prises en compte. C'était les diplômes qui étaient pris en compte. Suite à cela, je me suis formé dans plusieurs domaines.

J'ai notamment été invité à faire partie de la formation de médiateur en santé publique. J'ai aussi un DU que j'ai fait à Paris, à l'université Paris VII, sur le VIH et les maladies sexuellement transmissibles. J'ai suivi d'autres formations en Guadeloupe et Martinique, notamment un DU de toxicomanie et addictologie. J'ai travaillé dans différentes structures dans le domaine de la toxicomanie, de l'alcoolisme, du VIH etc. Et là, aujourd'hui, je vois qu'on traite le problème de médiateur.

Une médiatrice en santé travaille à l'hôpital. J'ai été un peu interpellé. Je lui ai posé quelques questions. Ma question était : « Quelle formation avait-elle ? » Elle m'a dit qu'elle a plusieurs formations mais pas forcément une spécifique. Je lui ai aussi posé la question : « Avec quel médiateur en santé publique formé en Guyane intervenait-elle dans le cadre de son travail ? » Elle m'a dit : « aucun ». Elle a travaillé avec quelques médiateurs culturels mais c'est tout. Je lui ai aussi demandé : « Dans quelles autres langues intervenait-elle auprès des publics, c'est-à-dire non francophones ? » Elle m'a dit qu'elle n'intervenait qu'avec des publics parlant le français, c'est-à-dire francophones, et éventuellement en anglais. On sait très bien toutes les autres langues qui sont parlées en Guyane : le srana tongo, le portugais et l'espagnol, le créole haïtien etc. Je lui ai posé aussi la question : « Depuis combien de temps est-elle en Guyane ? » Elle m'a répondu que cela fait seulement 4 ans qu'elle est en Guyane, alors que moi, cela fait 20 ans que je suis en Guyane. Je parle quatre langues locales, cinq langues au total. Je communique même avec le langage des signes. Depuis ma formation de médiateur en santé publique, j'ai fait ma demande pour avoir un poste à l'hôpital de St-Laurent. Rien. Je n'ai jamais eu de réponses. Un poste à l'hôpital de Cayenne. Jamais de réponses. A Kourou, ce n'est même pas la peine parce que c'est la Croix-Rouge.

Dépenser de l'argent pour faire deux promotions. Ce sont des projets, ce sont des tentatives. Mais aucun risque par rapport aux administrations. Que les associations prennent des risques et embauchent des médiateurs si elles peuvent et on leur donne les moyens. Ca n'a pas été non plus le cas. L'Etat ne s'est jamais risqué. L'hôpital ne s'est jamais risqué à embaucher un médiateur en santé publique formé en Guyane et spécifiquement avec 500 heures de formation. Vous savez très bien tous les domaines qu'on a abordés dans cette formation. Cela a été assez poussé. On a même été choisi, c'est-à-dire que la plupart des médiateurs qui ont été invités à suivre cette formation ont été choisis parce qu'ils étaient déjà sur place, qu'ils travaillaient déjà sur le terrain dans différentes structures. Par la suite, aucun médiateur en santé publique n'a eu les reconnaissances en travaillant là-dessus. Pas seulement en tant que métier mais en ayant suivi une formation poussée.

Deuxièmement, on veut intégrer des médiateurs culturels et des médiateurs linguistiques etc. Mais quelles formations ont suivi ces médiateurs là par rapport aux médiateurs en santé publique ? Quelles formations spécifiques de plus ont suivis ces médiateurs pour rentrer dans un cadre de prévention santé, dans un cadre social ? Je suis bien d'accord. Ils ont fait leurs preuves. Mais dans le cadre de santé, de la prévention santé, c'est de cela qu'il est question, je ne sais pas quelles sont les formations qui ont été suivies par ces médiateurs, alors que les médiateurs en santé publique ont fait des formations spécifiques dans ce domaine : VIH, alcoolisme, counselling etc. C'était tout ce que j'avais à dire.

J'ai assisté à quelques unes des réunions comme celle-ci, depuis le temps que je suis en Guyane. Cela n'a pas abouti à quelque chose. En tout cas, pas à résoudre les problèmes réels des gens qui sont sur le terrain dans ce cas là, les médiateurs. Je sais que je vais peut-être être radié dans certains domaines pour cette intervention. Cela m'est arrivé auparavant mais ce n'est pas grave, parce que je mène quand même le combat. Et je dis un grand merci et un bon courage aux médiateurs de santé publique, à mon ami de l'association Mama Bobi que je connais depuis longtemps. C'était juste un peu l'excès. Les gens dépensent de l'argent pour faire des formations. Ils incitent les gens à faire ces formations et, après, il n'y a pas de suivi. On nous laisse dans la nature, et on ne nous laisse même pas l'opportunité de travailler dans une structure de l'Etat. L'Etat ne prend pas de risque. L'hôpital, la Sécurité sociale, le Conseil Général, les mairies et la préfecture... Personne ne prend de risques. Voilà, seulement les associations prennent des risques. Prenez des médiateurs, embauchez-les ? Avec un emploi aidé, au SMIC, et encore... C'est tout ce que j'avais à dire. Merci beaucoup.

Mme le Dr Joëlle SUZANON, Représentant le Président du Conseil Général

Je remercie M. Flores de son témoignage. J'ai dit au début les recommandations que nous pensions nécessaires de formuler au niveau du Conseil Général. Ce type d'activités et de compétences ne sort pas de nulle part. Il doit forcément s'intégrer dans un programme structuré, dans une réflexion d'ensemble, et dans une politique d'ensemble. Alors certainement le besoin était ressenti au moment de la création des promotions avec l'IMEA. Je sais qu'au niveau du Conseil Général, des agents déjà en poste en ont bénéficié. Deux, peut-être trois, mais ils ont continué leur poste. J'ai dit tout à l'heure que le Conseil général a plus de deux mille agents. Il est très limité dans ses capacités de recrutement au long cours. Donc tout cela pour dire que la question qu'on peut se poser effectivement, c'est la nécessité de la formation, c'est sûr. Je suis très heureuse d'apprendre la mise

en place de ces CAP l'an dernier, qui sont appelés à se renouveler pour former les personnes déjà en poste. Deux promotions coup sur coup. Un certain nombre de personnes ont été formées dans les années 2003. La question qu'on peut se poser, c'est qu'effectivement, à partir du moment où l'on voit qu'il n'y a pas de débouchés, c'est un peu difficile. C'est vrai que le risque (le monsieur emploie le terme de risques) reste sur les bras des associations qui, elles-mêmes, n'ont pas les moyens de pérenniser des emplois. Donc tout est relativement précaire alors qu'on est tous convaincus de la nécessité de l'activité. C'est pour ça que j'ai expliqué que pour notre part, on s'oriente plus vers un renforcement des compétences des personnels en poste, à partir des cursus de formation normaux pour améliorer encore le niveau. Je pense pour ma part qu'il faut effectivement mettre à disposition des formations officielles, des cursus normaux, parce qu'il y a des personnes en poste maintenant et celles qui vont arriver tout de suite après, d'ici trois à cinq ans ou dix ans, et qu'il faudra encore former. On ne forme pas une fois pour se dire que c'est fini. Donc c'est pour cela que la mise en œuvre est un peu difficile surtout quand les capacités en question ne sont pas tout de suite utilisées.

Mme Christiane BASTEE, Médiatrice en santé publique

Aujourd'hui, je ressens le besoin et l'opportunité de le dire haut et fort, alors que jusqu'alors je me taisais, comme je l'avais dit à Médecins du Monde et au Ministère de la Santé. Vraiment je ne ressentais pas le besoin de dire que j'étais médiatrice en santé publique, dans la mesure où je ne ressentais pas l'accompagnement ni le soutien ni la reconnaissance. Aujourd'hui, beaucoup de choses m'amènent à m'investir. Tout cela pour vous dire que je suis à la retraite, retraitée de justice. Comme je l'ai dit à Mme Sophie l'autre fois quand elle m'a posée des questions : « Quel diplôme avez-vous ? ». Je n'ai pas de diplôme. Je suis l'exception qui confirme la règle et je le dis fièrement parce que nul n'a le monopole ni du savoir ni du pouvoir. Aujourd'hui, je viens aux côtés de tous les médiateurs pour les soutenir dans ce combat et cet investissement.

Je suis de la première promotion d'IMEA et, depuis, j'ai honte. Je n'ai pas peur de le dire. J'ai honte pour la Guyane. J'ai honte de dire qu'il y a des besoins en santé publique. Il y a des besoins en santé tout court. Or, je ne ressens pas l'investissement des décideurs en la matière. J'en veux pour preuve *La Semaine Guyanaise* : « Médecin libéral, comment faire face au manque de praticiens en Guyane ? ». Nous ne sommes pas des praticiens de la médecine. Nous ne sommes pas des médecins mais nous pouvons porter notre contribution auprès des médecins, et je pense que là est la question de la médiation en santé publique. D'ailleurs, je vais confier ce document au Dr Troussier parce que ce docteur a évoqué tout à l'heure un mot qui m'a interpellé : « le piège ». Effectivement, moi, je me sens piégée. Je me sens piégée dans la mesure où j'étais présidente de l'association Geist 21 et, dans mon travail, on m'a harcelée de toutes les façons si bien que j'ai abandonné cette association qui était la seule en Guyane reconnue. Nous avons un recensement de plus d'une centaine de trisomiques, alors que les services de santé n'avaient aucun recensement à nous donner. Aucun recensement à faire valoir. Mais nous, nous avons des familles et j'ai encore la liste des familles qui ont des enfants trisomiques. Et je veux vous faire partager un ressenti. Hier, une dame d'Apatou est venue chez moi avec son bébé de deux mois, désorientée, désappointée, car elle ne savait à qui s'adresser et comment avoir un renseignement pour prendre en charge son enfant. Je vous assure, j'ai passé une mauvaise nuit. Une mauvaise parce que j'étais en colère. Parce qu'il y a des institutions, des services qui sont mis en place pour s'occuper de cela. Il y a des gens qui sont payés pour cela. Moi, je suis à la retraite. Je suis bénévole. Je fais partie de la MDPH. Je suis membre de la commission de recours à la MDPH, bénévolement. Monsieur, j'ai honte. J'ai honte pour ma Guyane parce que j'estime qu'il faut respecter les gens. Il faut respecter les médiateurs quand on leur confie une tâche aussi pénible. Parce que de la médiation, j'en ai fait dans mon travail. Je n'ai pas besoin de diplôme de médiateur en santé publique, parce que c'est tous les jours que nous rencontrons des problèmes au tribunal. Des gens qui ont des problèmes de santé. Des gens qui ont des problèmes de santé et qu'il faut accompagner. Qu'il faut faire du counselling, qu'il faut comprendre à travers leurs problématiques, leur vécu, et leur parcours de vie. Monsieur, je suis désolée. Il faut qu'on avance dans ce pays. Il faut qu'on essaie de prendre les gens au sérieux quand ils veulent l'être. Ce n'est pas une question de diplôme. C'est une question de vouloir et une question de travail. Je suis désolée d'avoir retenu votre attention, Monsieur, mais j'espère que mon intervention aura servi à faire avancer les choses. Merci.

Mme Marie-Claire COETA, Médiatrice en santé publique

Bonsoir tout le monde. Je suis Marie-Claire Coeta et, effectivement, j'ai eu l'occasion de faire la formation IMEA dès 2002 avec l'association Objectif 2000, qui se trouvait au village chinois. Pendant six ans, j'ai travaillé. Donc, j'ai fait mon expérience. C'est mon expérience que je donne. Effectivement, je suis médiatrice, je dirais « médiatrice née ». On ne devient pas médiatrice. Je veux dire « on ne devient pas médiatrice » du jour au lendemain comme l'a dit une des personnes tout à l'heure « je suis médiatrice ». Je suis née médiatrice. Malheureusement, nous sommes actuellement en train de débattre sur la formation et la reconnaissance de médiatrice en santé publique mais le médiateur, lui-même, est né médiateur. Une personne qui reconnaît, entend, écoute... C'est cela un médiateur. Donc je dis que je le suis. Effectivement, étant travailleur à l'association Objectif 2000 au village chinois, j'étais avant tout médiatrice mais animatrice aussi. J'ai beaucoup d'approches avec quiconque. Je ne parle aucune des langues. Ma langue, c'est le créole, le guyanais ; « Mo ka palé créole ». Et je parle français. Avec cette langue, j'ai pu véhiculer et toucher toutes sortes de publics, toutes sortes de personnes. Que ce soit le Brésilien, que ce soit l'Amérindien, que ce soit le Georgetonien, quelque soit la personne. Nous avons un don. Je suis quelqu'un de très ambitieuse. Malheureusement, là où je travaille, on ne m'a pas permis d'avancer. Nous communiquons avec les signes, nous communiquons parce que nous aimons les autres, nous aimons nos semblables. J'aime le monde, j'aime les personnes, j'aime les humains, voilà pourquoi à travers tout ce public étranger et migrant, j'ai pu comprendre et j'ai pu faire pas mal d'actions. Moi, ce qui m'écoeure, c'est de voir qu'effectivement, on a été des cobayes. On a été des cobayes parce que c'est le mot. Parce qu'aujourd'hui, nous sommes là, après avoir donné le meilleur de nous. Etre là à déblatérer, excusez mon expression, sur ce que nous avons, sur ce que nous allons faire pour recevoir effectivement une reconnaissance (que ce soit de l'Etat...), sachant que nous avons une plaie et qu'elle s'ouvre et s'ouvre encore. Nous sommes conscients des difficultés, que ce soit en Guyane et ailleurs, au niveau de la santé et de la santé publique. Ce qui m'écoeure, qui m'attriste : alors que l'Etat et les administrations ont contribué à cette formation, disons à cette formation nouvelle et qui devrait être effectivement qualifiante, nous nous trouvons en 2010 toujours en train de parler de notre reconnaissance en tant que médiatrice en santé publique que je suis. Et j'en ai plein de qualités. Malheureusement, ici, en Guyane, il me semble que lorsqu'on a effectivement un langage comme le mien, peut-être un peu cru mais honnête, on ne passe pas. Depuis combien d'années ? Depuis combien d'années suis-je en train de tourner en rond pour ma validation, même pas en santé publique, même pas en médiation santé publique, mais en tant qu'animatrice, animatrice culturelle ? C'est impossible. Cela fait des années je suis en train de tourner. Les années passent et je me fais vieille. Alors je me demande aujourd'hui. Je suis encore là, ici, à cette réunion pour revendiquer un diplôme. Je pense que j'ai fait suffisamment mes preuves pour pouvoir avoir un travail. On ne me parle que des gens qui sont adultes-relais et actuellement sous contrat adulte-relais. J'ai été adulte relais. J'ai quoi aujourd'hui ? Je me retrouve aujourd'hui au chômage. Donc à quel moment va t-on me prendre en compte. Je charrie de l'eau avec un panier ici. A quel moment aurais-je un travail ? A quel moment ? Vous savez une chose. J'ai travaillé avec un public très difficile et très lourd. Beaucoup me connaissent. J'ai travaillé en réseau. Beaucoup me connaissent. Mais, vraiment, cela m'écoeure de voir qu'aujourd'hui, on est encore en train de débattre. Demain, cela va être quoi ? On est greffé sur quoi ? Voilà ce que j'avais à dire. Effectivement, cela me pesait. Donc je vous prie effectivement de comprendre une lutte et puis, effectivement, de voir si on est encore dans cette société des humains. Qu'on puisse comprendre que nous sommes tous là pour travailler, pour donner le meilleur de nous même. Pour vivre, avoir une assurance pour demain. Mais, moi, je n'ai pas cette assurance. Aujourd'hui, je me retrouve sans rien du tout, sans rien du tout et, pourtant, j'en ai donné. Je ferais toujours de la médiation ; même lorsque je ne travaille pas. Je ne travaille pas mais je continue à le faire comme je vous l'ai dit au début. Je suis une médiatrice née donc rien ne m'arrête. On m'arrête encore pour donner des services et j'en donne avec ce grand sourire que vous voyez. Merci beaucoup. C'est ce que j'avais à dire.

M. Ramon PITA, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi

Intervention en srana tongo traduite par Marc PERROUD

Je remercie les précédentes interventions qui m'ont beaucoup intéressé. N'oublions pas que ce que nous essayons de construire, nous devons le construire ensemble, avec les différents partenaires institutionnels. Ce qui nous intéresse à Mama Bobi, ce n'est pas tellement l'obtention d'un diplôme. Nous recherchons beaucoup plus une reconnaissance de la méthodologie, une reconnaissance de la

compétence et de cette compétence qui s'acquière à travers un travail partenarial. Nous aurons un diplôme mais ce diplôme ne nous offrira pas plus un emploi. Il s'agit surtout d'une compétence. Je vais vous donner un exemple.

Cela me fait quinze ans d'expérience dans la médiation. Durant ces quinze ans, j'ai évolué à travers plusieurs formations. Ce n'est pas uniquement les formations qui m'ont aidé et m'ont facilité la compréhension, par exemple quand je suis à la rencontre des gens dans les quartiers. C'est la situation du moment. Ce que je voudrais que vous compreniez, c'est que nous, les médiateurs, n'avons pas toujours des diplômes...

Le combat pour la reconnaissance, cela fait donc quinze qu'on le mène. Si aujourd'hui, nous arrivons à nous réunir tous ensemble ici, c'est à ce point que nous voulions arriver ; je pense que ce n'est pas aujourd'hui que nous trouverons la réponse. En tous cas, nous en sommes très proches. Nous sommes ici en Guyane avec plusieurs langues qui sont parlées. Nous sommes dans un pays multiculturel et nous essayons de construire le pays pour les enfants de demain. Je crois que nous ne pourrions pas débattre non plus encore des années et des années à trouver la solution. Nous sommes plongés dedans. C'est en nous réunissant, en créant des réseaux, que nous améliorerons l'avenir de nos enfants. Donc je répète. Ce combat d'aujourd'hui, ce n'est pas mon combat, c'est notre combat tous ensemble pour cette année 2011, et pour les enfants et générations futures. Merci à vous.

Mme Sandrine LOUISET, Directrice, IN'PACT

Je rejoins tout à fait ce qu'a dit Ramon. Ce n'est pas uniquement une question de diplôme même si cela a le mérite d'être reconnu. Avant tout, on doit pouvoir reconnaître les compétences des uns et des autres. J'en parle. A travers notre expérience. L'association IN'PACT a éclos réellement en septembre 2000. Nous sommes partis d'un tout petit projet avec les moyens qui se présentaient à nous. Ces moyens étaient dès le départ des contrats adultes-relais, principalement des contrats aidés puisqu'on n'avait pas d'autres sources de financement. Nous sommes partis de deux personnes pour pouvoir mettre en place ce projet. Aujourd'hui, l'association IN'PACT représente deux services dont un établissement médico-social relativement lourd, puisqu'il s'agit d'un CAARUD. Les personnes qui ont commencé ce projet ont été embauchées en qualité de contrat adulte-relais : agent de médiation, agent de prévention. Aujourd'hui, elles sont totalement incluses dans le projet CAARUD. Elles sont aujourd'hui salariées et reconnues pour leurs compétences. C'est pour cela qu'elles sont restées d'ailleurs. Elles n'ont pas forcément de diplôme mais ont fait de la formation continue et continuent encore à se former. Là, c'était plutôt pour parler de notre expérience.

Donc là, c'est plutôt la Responsable qui va parler après. Par rapport à tous ces dispositifs qui se superposent, parfois on s'y perd un peu. Une des choses importantes que je voudrais mentionner, une requête. C'est clair qu'on nous demande de la méthodologie et qu'on ne peut avancer et construire ce pays qu'avec de la méthodologie. Moi, mon souhait, c'est que quelque soit l'institution ou la collectivité, que ce soit des commanditaires ou des financeurs, il faut qu'ils deviennent réellement des partenaires et qu'on puisse travailler ensemble pour établir ces méthodologies. Que l'on ne se retrouve pas tout seul. Moi, j'ai pu me former aussi à mon tour et acquérir des outils qui me permettent de mieux comprendre le système et l'évolution de ce système, de ses dispositifs. Ce n'est pas le cas pour tout le monde. Marie-Claire l'a exprimé avec tous les affects qu'il y avait avec. Toutes les associations ne répondent pas aux mêmes critères. Souvent, quand il y a des échecs et des arrêts de projet, c'est parce que cet aspect de méthodologie et de travail en partenariat entre les institutions et les associations de terrain manque. Voilà, c'est tout ce que j'avais à dire.

Mme Ketty SAINT CLAIR, Responsable de la Politique de la Ville, DRIV

Au début de mon propos, j'ai dit que beaucoup d'adultes-relais fonctionnaient de manière empirique. Pour rejoindre ce que disait Mme Coeta, beaucoup le font parce qu'ils ont cela dans le sang. Le sens de la formation que nous avons mise en place l'année dernière, c'était justement d'offrir une première marche vers l'accès à une reconnaissance et à un statut. C'est vrai qu'il y a les contraintes au niveau des associations mais il y a aussi des contraintes au niveau des services. C'est tous les jours qu'il y a un dispositif nouveau avec des contraintes etc. Si on vous les impose, c'est que nous aussi, on nous les impose quelque part. Cela vient du national. On ne le sort pas de notre bonnet. Donc c'est vrai que c'est difficile parce que nous ne sommes pas nombreux. Il y a de plus en plus de dispositifs. Comme disait Mme Louiset, certaines associations ont compris et se forment. Il y a aussi, au sein des

villes qui sont en Contrat Urbain de Cohésion Sociale, des efforts qui sont faits pour justement aller dans ce sens, en soutien aux associations, pour les structurer. Donc il y en a qui comprennent, qui font et qui jouent le jeu, mais derrière chaque association, il y a surtout une personne. Il suffit que vous ayez quelqu'un en face de vous qui soit buté, fermé, et vous dise : « moi, cela fait quinze ans que je fonctionne, j'ai l'habitude de faire comme cela, ce n'est pas aujourd'hui qu'on viendra m'imposer ». De fait, il s'exclue lui-même du système parce que nous, on est en permanente évolution. On n'a pas forcément le temps de vous prendre par la main. Donc il faut aussi que vous, vous fassiez l'effort de tendre la main pour voir si les mains vont arriver à se toucher, pour qu'on puisse continuer à progresser ensemble parce que je suis intimement convaincue que le travail ne peut pas se faire sans les personnes qui sont sur le terrain. Si je n'étais pas convaincue de ce que je vous dis, je ne serais pas là cinq ans après, presque six ans après mon arrivée en Guyane. C'est vrai qu'il nous faut essayer de progresser, mais, comme disait Monsieur Troussier, s'il faut vingt-cinq ans de réflexion entre le moment où l'on commence à réfléchir sur une profession et l'aboutissement à une formation diplômante avec une qualification au bout, malheureusement, on n'est pas encore arrivé au bout de ces vingt-cinq ans. Il faut qu'on se serre les coudes et qu'on essaye de voir si on peut continuer à travailler ensemble.

Mme Ionette CREMIEUX, Médiatrice en santé publique, ARMSP

Je suis médiatrice en santé publique et je le revendique. Je suis aussi animatrice territoriale et je travaille au Conseil Général depuis quelques années. C'est vrai que je ne considère pas vraiment être dans un poste précaire mais je me bats pour la bonne cause, avec tous mes collègues médiateurs, depuis un bout de temps déjà. Je suis là pour témoigner ma sincère sympathie et mon soutien. Pour ma part, je ne suis pas du tout inquiète pour ce qui est de l'avenir des médiateurs puisque je pense que tous ceux qui ont des bonnes volontés se reconnaissent et s'impliquent davantage dans des réseaux et des associations, comme ils peuvent. Ils ont fait leur petit chemin. C'est comme cela qu'il y a eu une reconnaissance, je pense visible maintenant, de ces médiateurs qui ont quand même fourni un travail dans l'ombre, qui a pu aboutir à des bilans concluants comme la convention entre Médecins du Monde et l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique. Maria et Elise, ici présentes, ont fait un travail formidable dans les quartiers et ont pu justement impliquer davantage les institutions, le corps médical on va dire, les médecins, le secteur social etc., et les aider à rentrer dans ces secteurs qui étaient plus ou moins fermés. En fait, les personnes ne venaient pas du tout dans les structures (ex : CASO) et se trouvaient donc dans des situations de précarité. Il y a eu donc cette ouverture. Cela nous a permis d'avoir la visibilité de notre présence en tant que médiateurs. C'est vrai que je lutte un petit peu pour la position des médiateurs, qui sont à des postes précaires, d'adultes relais, qui sont renouvelés (ou pas) à chaque fois mais n'ont pas du tout une garantie de renouvellement. Il y a des structures ou des associations qui ferment pour des causes de mauvaise gestion etc., qui ne sont pas aidées, qui ne sont pas soutenues. C'est le cas en Guyane.

Je revendique aussi la spécificité de la Guyane. Nous devons encore et encore nous impliquer davantage en tant que médiateur. Surtout, sur la partie « problématique santé ». C'est vrai que nous avons un grand nombre de médiateurs culturels, sociaux, linguistiques, d'animateurs territoriaux. [...]

M. Philippe REINETTE, Chef de service, SESSAD Ouest Guyanais, ADPEP

Il revient sur la définition de médiateur « interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits [...] par une personne de confiance ».

La personne de confiance qu'on a trouvé à chaque fois pour nos services s'appelle médiateur culturel, médiateur social, etc. Plusieurs dénominations existent. A l'ADPEP, on a justement fait le choix de pérenniser ces personnes parce qu'on pense qu'elles sont des personnes de confiance qui permettent aux autres d'accéder à certains droits, services etc. Alors, je vois mal effectivement nos populations, nos usagers devant lesquels on intervient, sans médiateurs. Parce que le public pour lequel on intervient se trouve parfois à Grand-Santi, Mana, Awala, Apatou, St-Laurent. Une ergothérapeute, une psychologue, une psychomotricienne, etc. qui viennent d'ailleurs. Je les vois mal agir sans cette interface pour le bien des usagers qu'on a. C'est pour cela que je me rends compte que dans certaines structures, apparemment, les emplois ne sont pas forcément pérenniser. Mais, chez nous, on a fait le choix de garder nos médiateurs. S'ils partent, c'est uniquement de leur fait. C'est une décision unilatérale, non pas de l'employeur, mais uniquement de leur part. Et j'espère effectivement

que les autres vont continuer justement à proposer ce genre de poste pour ces médiateurs parce que je pense qu'on ne pourra jamais faire sans eux.

Mme Myriam DUFAY, Présidente, DAAC

Bonjour, je parle en tant que représentante légale de l'association DAAC Guyane, qui emploie plusieurs médiateurs. Malheureusement, si ce n'était qu'une question de volonté, je suis persuadée que toutes les associations pérenniseraient leurs postes. C'est plutôt un problème de financement et d'argent qu'un problème de volonté.

A DAAC, heureusement, nous bénéficions d'adultes-relais. Les contrats sont pour la plupart des CDI. Les médiateurs ont fait toutes les formations qu'ils ont souhaité faire. Malgré cela, l'avenir est quand même un peu sombre. Heureusement, on a des postes d'adultes-relais. Cela nous aide beaucoup mais cela nous mets des limites, notamment de territoires, qui ne répondent pas forcément toujours aux besoins des publics car la problématique peut en déborder. Ensuite, les adultes-relais, on les renouvèle chaque année mais on ne les a pas encore vraiment pérennisés. On serait incapables de les porter seuls.

Il y a un autre problème. On travaille avec beaucoup d'institutionnels, qui reconnaissent bien nos compétences, notre savoir-faire sur le terrain. Mais, par exemple, il n'existe pas de convention pluriannuelle, qui permette de développer un projet sur plusieurs années. Or, c'est difficile de mener un projet de médiation sur une année civile et puis, s'arrêter l'année d'après parce que le projet n'est pas renouvelé. Cela n'a aucun sens et manque de cohérence. Mais aucun de nos partenaires ne propose de convention pluriannuelle.

Ensuite, il y a aussi un autre problème. Nos adultes-relais ne font pas du tout d'administratif. On a un problème aussi sur l'évaluation des actions des médiateurs, concrètement sur le terrain. Chaque partenaire a ses propres indicateurs. Si on pouvait déjà se mettre d'accord sur des indicateurs d'évaluation, sur ce qu'on attend réellement, cela aiderait déjà beaucoup notre travail. Chaque partenaire a ses propres indicateurs, ses propres exigences et, finalement, les médiateurs ne font pas l'évaluation de leur propre action. C'est donc encore une personne, un poste à financer, pour cette coordination de médiation. Savoir ce qui est fait exactement sur le terrain, à quelle problématique on a répondu. C'est aussi un gros problème, qui, pour l'instant, reste en suspens. On n'a pas réellement de solution et c'est difficile de financer dans une association un poste administratif. C'est très difficile. Or, cela manque cruellement.

Mme Ketty SAINT CLAIR, Responsable de la Politique de la Ville, DRIV

Je vais préciser que l'adulte-relais n'est pas censé faire de l'administratif mais s'il travaille sur un projet, vous êtes en droit d'exiger de lui qu'il vous donne les documents de suivi, qu'il fasse des analyses, qu'il dise ce qu'il fait pendant ses heures de travail. Je suis payée par la DDE. Il ne me viendrait pas à l'idée qu'on paye quelqu'un d'autre qui vienne faire des comptes-rendus sur mon travail. Il n'y a que moi qui sais ce que je fais. Donc, quand on dit que l'adulte-relais ne doit pas faire d'administratif, c'est-à-dire que vous ne devez pas l'affecter à une permanence téléphonique, établir des bilans pour vous etc. Il est fondé à donner toutes les justifications qui permettent de renouveler son poste.

Mme Myriam DUFAY, Présidente, DAAC

Il se trouve que sur certains postes, les adulte-relais donnent les justifications mais c'est oral et cela demande un gros travail de rédaction, de bilan, de suivi, d'outils d'évaluation à mettre en place. Cela demande un suivi très très important. Les médiateurs passent déjà beaucoup plus d'heures sur le terrain que ce pour quoi ils sont payés. Ils sont sollicités. Ce n'est pas du fait des employeurs. Je vais passer la parole directement à un médiateur de l'association. Ce n'est pas moi qui impose des heures supplémentaires. Ils répondent à toutes les sollicitations sur le terrain. Au final, ils font certainement plus d'heures. Leurs qualités rédactionnelles ne leur permettent pas toujours de faire eux-mêmes le suivi et l'évaluation de leurs actions. Cela demande à ce que des bénévoles ou un poste administratif dans le meilleur des cas, quand on peut se permettre d'en financer un, travaille à cette tâche.

M. José GOMEZ, Médiateur en santé publique, DAAC

Comme la Présidente vient de le dire, la plupart des médiateurs ont des difficultés à réaliser des bilans. L'année n'a même pas commencé qu'on doit déjà penser à écrire les projets de l'année prochaine. Il n'y a pas assez de budget pour soutenir la médiation. On a besoin de soutien pour faire de la médiation. La médiation n'a pas autant de valeur, ici, en Guyane.

La médiation en santé, ce n'est pas que parler du VIH. Non, la médiation en santé, c'est accompagner quelqu'un, par exemple, une mère de famille qui est en difficultés et qui n'arrive pas à inscrire son enfant, ou encore un enfant qui ne va pas à l'école parce qu'il n'a pas à manger.

J'ai commencé par être médiateur social, médiateur de quartier puis je suis devenu médiateur en santé publique. Etre médiateur, comme l'a dit ma collègue tout à l'heure, c'est naitre médiateur. C'est aimer et le vivre tous les jours. Quand on voit des gens qui ont des difficultés, par exemple à l'hôpital, il faut les soutenir. On va faire les démarches pour qu'elles voient leur famille.

Il faut que les structures reconnaissent que le médiateur est là pour faciliter, se faire respecter comme facilitateur. Qu'on le valorise et le respecte comme médiateur.

J'essaye de me battre, tous les jours, comme médiateur. Quand je vois qu'il y a plein de collègues qui ont fait une formation et qui n'ont pas de travail et de salaire, j'ai bien envie de comprendre pourquoi il n'y a pas assez de médiateurs en Guyane.

A l'hôpital, quand on voit qu'il y a seulement deux médiateurs et qu'on voit qu'il y a plein de gens qui n'arrivent pas à communiquer avec les médecins, qui ont des difficultés car ils n'ont pas les papiers, qu'ils habitent dans des communes où le téléphone ne passe pas, il faut les accompagner.

La médiation est là. Il y a du boulot pour les médiateurs. Il faut plus les valoriser.

Clôture

M. François REZKI, Président, GPS

J'ai la lourde charge de faire la synthèse, ce qui est toujours compliqué.

Il y aurait du avoir la présence de M. Ambroise Devaux, Sous Préfet Délégué à la Cohésion Sociale et à la Jeunesse, mais un empêchement fait qu'il ne pourra pas être là pour clore ce passionnant débat.

Beaucoup de choses se sont dites. Une intensité en termes de vécu. Un certain nombre de témoignages de médiateurs, qui sont saisissants. Evidemment, on ne peut pas rester indifférent à ces témoignages. Au-delà de la reconnaissance d'une pratique, il y a manifestement pour certains une souffrance humaine qu'on doit entendre.

Premier constat : il y a manifestement une demande de médiateurs sous toutes ses formes (de santé publique, interculturels, sociaux, etc.). On l'a vu à travers l'intervention des personnes qui ont occupé la tribune ici, que ce soit le Conseil Général, représenté par Mme Suzanon, la DRIV, et l'ARS. Il y a aussi une demande auprès des populations. La notion de médiateurs est visible par l'ensemble des acteurs qui participent à la santé publique. Quand je dis santé publique, je parle aussi bien de la demande de santé que de la demande sociale ou culturelle.

On voit à travers l'intervention de M. Troussier qu'il y a des prémisses de reconnaissance. Ces prémisses sont encore pour certains insuffisants mais reconnaissons quand même qu'il y a une reconnaissance. On l'a vu à travers la loi de cohésion sociale, la loi Borloo de 2004, et une demande de la part de Mme Bachelot. Je crois que le dossier a été repris par M. Xavier Bertrand, au vu du remaniement ministériel qui a eu lieu. On voit dans le travail qui a été effectué par GPS, notamment par Alexandra Mathieu et Hélène Lamaison, que M. Bertrand avait formulé ce vœu lorsqu'il était Ministre de la santé.

Il y a là des prémisses. Pour certains, le rythme accordé est peut-être insuffisant. Pour d'autres, c'est le rythme normal de l'administration. En tous cas, il y a manifestement une demande et une volonté de reconnaître cette profession. Je n'utilise pas « emploi » ni « activité », je dis bien « profession ». Le terme est essentiel ici.

On voit aussi que la médiation renvoie à une terminologie, je dirais presque polysémique, en tous cas, protéiforme. Le jargon est peut-être délicat à entendre. Quand on parle de médiation, on parle d'adulte relais, d'intervenants sociaux, de médiateurs etc. On voit qu'un certain nombre de termes renvoient à cette notion de médiation. Une personne qui fait le lien entre deux parties. Cette personne doit avoir une qualité essentielle une fois le lien créé : savoir se décentrer, ce qui n'est pas toujours facile.

Il y a un processus de reconnaissance qui est difficile. Pour quelles raisons ? La majeure partie des métiers qui relèvent de la médiation relèvent de la politique de la ville. Si ma mémoire ne me fait pas défaut, cela fait 25 ans qu'elle existe. Cette politique de la ville (je ne suis pas le seul à le reconnaître), c'est un empilement de dispositifs. A chaque dispositif, on a créé des métiers nouveaux. Alors, évidemment, il y a une confrontation, parfois, entre ces métiers nouveaux et ces métiers anciens du social. Les anglais ainsi que les canadiens ont bien réfléchi sur cette question. En anglais, on parlerait du « back office » pour les métiers traditionnels du social et du « front office » pour ces métiers nouveaux, qui émergent directement de la politique de la ville. Ils ont leur qualité parce qu'ils sont réactifs et ont une logique de proximité, mais, en même temps, ils peuvent disparaître à tout moment. Ils ont une fragilité car ils relèvent de dispositifs qui ne sont pas pérennes.

Un manque de reconnaissance aussi car il y a une précarité de ces métiers. On l'a très bien vu, à travers notamment le compte-rendu des questionnaires. On voit qu'il y a des variantes extrêmement fortes, notamment en termes de rémunération.

Une fragilité aussi parce qu'une difficulté d'être reconnu par les autres acteurs. Si je parle de la santé publique, on constate une difficulté de reconnaissance par les structures, et par les professionnels de santé. La culture du médecin n'est pas une culture aussi partagée. Il a toujours du mal à reconnaître ces professions. Ces personnes ont pour aptitude/compétence de faire le lien entre l'offre de soins et la demande de soins

Une difficulté aussi à être reconnus car il y a un manque de moyens, notamment financiers. La présidente de la DAAC l'a évoqué. Une majeure partie de ces professions est employée par des associations. Ces associations sont financées d'années en années. Les financements ne sont pas toujours reconduits. Il y a une forme d'incertitude qui renforce cette fragilisation et qui renforce aussi cette incompréhension. On l'a vu avec l'intervention de la médiatrice ayant travaillé pour Objectif 2000.

Et pourtant, face à ces difficultés de reconnaissance, il y a malgré tout une volonté de consolider ce métier, à travers une formation rigoureuse, un diplôme, et un cadre professionnel dans lequel se trouvent une charte et un référentiel de pratiques. Autrement dit, *in fine*, on souhaite voir reconnaître les pratiques et l'expertise des médiateurs. Cela doit passer par une qualification, une formation, et, bien évidemment, une reconnaissance statutaire (c'est-à-dire un salaire, une évolution de carrière etc.). Cette reconnaissance ne doit pas être empirique et discriminatoire.

Je conclurai là-dessus. La Guyane, me semble t-il, est un formidable laboratoire pour ces professions qui relèvent de la médiation. Je ne vous apprends rien quand on parle des spécificités de la Guyane même si c'est un terme galvaudé et usé jusqu'à la corde. Il n'en demeure pas bien qu'il existe une spécificité linguistique, culturelle et géographique, qui renforce la nécessité de cette médiation.

Il y a un isolement de la population. Dans le cadre du Projet régional de santé, il y a un atelier « communes isolées » dont Mme Sanquer et M. Bruncher sont les animateurs et auquel nous participons. Effectivement, on voit que l'offre de soins est insuffisante dans les communes isolées.

Il y a une précarisation forte en Guyane (30% de la population est au chômage) et des inégalités d'accès aux soins entre les communes du littoral et celles de l'intérieur.

Il y a aussi une population non francophone importante.

Cette configuration sociologique et économique nous rappelle la nécessité d'avoir des médiateurs. Ces médiateurs de santé doivent une nouvelle fois assurer un certain nombre de missions. M. Troussier a évoqué le terme de « passeur » entre l'offre et la demande de soins, qui doit passer à travers l'éducation, la prévention et la promotion de la santé, l'observance et l'éducation thérapeutique comme vous l'avez rappelé (dans le cadre de la dernière loi de santé publique).

Face à cette urgence et cette nécessité, on voit ô combien la notion de médiation en santé publique est aiguë et importante.

Alors, les perspectives ?

Je vous avais taquiné, dans le cadre de notre entretien, hier, en vous demandant : « qu'est-ce que vous amenez dans votre hôte et qu'est-ce que vous promettez ? » Et vous m'avez dit : « Je ne promets rien » et vous avez bien fait. Vous dites néanmoins. « Ne désespérez pas ! Chaque métier demande environ 25 ans de reconnaissance. On en est à 15 ans, il nous reste 10 ans ». On ne désespère pas. On attend. Tranquillement...

Au-delà de cette boutade, il est vrai que la médiation a du mal à être reconnue. Elle n'a pas l'Histoire avec elle.

Comme je l'évoquais tout à l'heure, c'est aussi le fait que ces médiateurs vivent de dispositifs extrêmement ponctuels et qui ne s'inscrivent pas dans une pérennité. L'histoire mouvementée de la politique de la ville le montre bien.

Le dossier « médiation » semble être une préoccupation des acteurs institutionnels, au niveau national. Cela est plutôt encourageant. Il faut espérer qu'il ne soit pas mis aux oubliettes. Mais, a priori, vous semblez dire que cela reste une préoccupation ministérielle.

Il faudrait insérer cette profession dans des dispositifs prioritaires et pérennes, et leur donner une consécration législative qui est attendue. Sans cette consécration législative, la médiation ne restera que ponctuelle, disparate et inégale, selon les territoires et les bonnes volontés politiques.

Il appartient aussi aux médiateurs de faire valoir leur cause, leur utilité et leur légitimité sociale. Non pas qu'il n'y a pas d'utilité. Qu'est-ce que vous attendez de ce métier et de cette profession ? Quel type de reconnaissance souhaitez-vous ? Quel type de formation souhaitez-vous ? On a bien vu que certains disent « on n'a pas besoin de formation, de diplôme. Mon expérience empirique de terrain suffit à ma légitimité ». Cela a des limites aussi. Qui vous consacre et qui vous donne cette légitimité ?

Merci de votre écoute. J'espère que la synthèse n'a pas été biaisée et surtout qu'elle a été fidèle à ce qui a été dit.

Je souhaiterais remercier d'abord l'équipe de GPS (à travers sa directrice, sa chargée de mission et sa secrétaire-documentaliste), MdM pour son implication, le Conseil Général pour son accueil chaleureux, l'ARS et le Ministère de la santé, à travers la DGS et M. Troussier et, le « Ministère » de la politique de la ville, représenté par la DRIV.

Bibliographie

Adulte relais

- BARON Cécile, NIVOLLE Patrick, SCHMIDT Nicolas. Adultes-relais : l'évolution d'une politique de la Ville, Centre d'études de l'emploi, n°55, juin 2008, 4 p.
- BARON Cécile, BROSSARD Baptiste, NIVOLLE Patrick, SCHMIDT Nicolas. Les Adultes relais, six ans après le lancement du dispositif (2000-2005). Rapport de recherche. Octobre 2008
- LABRUYERE Chantal, OLLIVIER Dominique, BARNEAUD Christiane. Evaluation des besoins d'accompagnement des adultes relais médiateurs de ville dans les démarches de VAE. Quelques pistes de travail pour construire un dispositif facilitateur. Céreq. Novembre 2008
- Evaluation du fonctionnement du dispositif « adulte-relais » en Guyane, Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, novembre 2008
- Notice sur le dispositif d'adultes-relais médiateur de ville, DRIV Guyane, 2009
- Les activités d'adultes relais, Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Ville, mise à jour 18 juin 2010
- Usages de la médiation et processus de professionnalisation dans le dispositif adultes relais, Premières informations et premières synthèses - DARES, n°41.1, 2008, 6.p.

Inégalités sociales et disparités territoriales de santé

- La santé en France, Haut Comité de Santé Publique, Ministère de la santé, Paris. La Documentation française. 2002
- Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (dir.). Les inégalités sociales de santé. Paris, La Découverte, Inserm, 2000 : 448 p.
- Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Rapport présenté par Monsieur André FLAJOLET, Député du Pas-de-Calais

Médiation

- BOUBAULT Guy, LE MEUT Christian. Pratiques de médiation : écoles, quartiers, familles, justice. Une voie pour gérer les conflits. Paris : Éditions Charles Léopold Mayer, 2000. (Coll. : Dossier pour un débat).
- Face à la conflictualité et à la violence, quelle efficacité de la médiation ?, Département Questions sociales du Centre d'analyse stratégique (CAS), note de veille n° 147 – Juillet 2009, 11 p.
- GUILLAUME-HOFNUNG Michèle. La médiation. 3ème éd. Paris : PUF, 2005. 127 p. (Coll. Que sais-je ?)
- MILBURN Philip. La médiation : expériences et compétences. Paris : La Découverte, 2002. (Coll. Alternatives sociales). p.170
- SIX Jean-François. Les médiateurs. Paris : Le Cavalier bleu, 2003. 128 p. (Coll. Les idées reçues).
- WIEVIORKA Michel, BUONO Clarisse, POLI Alexandra, TIETZE Nikola. La médiation, une comparaison européenne. Paris : Délégation interministérielle à la Ville, 2002. 25 p. (Coll. Études et recherches)

Médiation en santé publique

- AYOUBA Fatima et MUSSO Sandrine, Marseille : regard anthropologique sur le recours à une médiatrice de santé publique, *La santé de l'homme*, n°382, mars-avril 2006, pp.34-36.
- Charte du médiateur en santé publique, Groupement des médiateurs de la Côte d'Azur.
- DARMON Laetitia, Médiateur en santé publique. La proximité pour compétence, *Le Journal du sida*, n°180, novembre 2005.
- Le médiateur en santé publique, lien avec les publics vulnérables, *QuotMed*, 16 mars 2006.
- RAYNAL Florence, La médiation de santé publique en équilibre précaire, *Transversal*, n°27, 19 octobre 2005.
- SANCHEZ Gérald, La médiation en santé publique, une spécialisation à mieux connaître, Collectif de médiateurs en santé publique Paris et Ile de France, présentation aux Journées de la Prévention de l'INPES, 2008.
- Médiation et Santé mentale, Journée d'étude Bruxelles 24 septembre 2004. Une rencontre organisée par le Service de Santé Mentale Le Chien Vert avec la collaboration du Département de Communication de l'UCL. Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française. Bruxelles. 2005
- La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, Novembre 2009

Médiation inter(culturelle) en santé

- ES-SAFI Latifa, La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant, *Pensée plurielle*, n°3, 2001/1, pp.27-34.
- La médiation interculturelle en santé, session 7 organisée en partenariat avec l'Association Parallaxe 31, FIAISM, le Comede et la Société Française de Santé Publique (SFSP) aux Journées de la Prévention de l'INPES, 2008.
- MICHELON Vincent, Les médiateurs en santé à la poursuite d'un statut, Sidaction, *Transversal*, n° 53 juillet-août
- PELOSSE Lucie, La médiation santé, un outil pour les résoudre ?, Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (FRAES), dans *L'accès des jeunes à la santé : Un enjeu pour l'avenir, des partenariats pour agir*, Actes de la journée interprofessionnelle, 17 novembre 2009, pp.13-17.

Médiation sociale et (inter)culturelle

- Actes de la rencontre-débat « La Médiation Sociale, Paroles de Médiateurs », 84ème Foire Internationale de Marseille, 1er Octobre 2008. 12 p.
- BARON Cécile, BUREAU Marie-Christine, LOCHARD Yves. Convertir l'expérience en qualification professionnelle : l'exemple des médiatrices culturelles et sociales en Seine-Saint-Denis, mai 2008, In : Les politiques d'entreprise en matière de certification et l'utilisation de la VAE. Sources : CEREQ, CEE et IRES, Extrait, p. 83-96.
- BARTHELEMY Fabienne, Médiateurs sociaux, femmes-relais : de nouveaux agents de la relation d'aide. Entre distance et proximité, *Informations sociales*, n°139, 2007/3, pp.106-115.
- BEN MRAD Fathi, La médiation sociale : entre résolution des conflits et sécurisation urbaine, *Revue Française des Affaires sociales*, n°3, 2004/3, pp. 231-248.
- BLANCHARD Marie-Madeleine, TIMERA Mahamet. Le travail social et les nouvelles formes de médiation inter-partenariales. 2ème éd. Paris : Service social d'aide aux émigrants (SSAE), 2003. 28 p.
- BLANCHARD-LAVILLE Claudine, FABLET Dominique. Théoriser les pratiques professionnelles. Intervention et recherche-action en travail social. Paris : L'Harmattan, 2003. 252 p. (Coll. Savoirs et Formation).

- BOSSAVIT Jean-Luc, GLAESNER Daniel, ROYER Rose-Marie. Référentiels de la médiation sociale. Rapport final. Volume 1 et annexes, Conseil recherche étude pour la planification, l'aménagement et l'habitat (CREPAH). Paris : Les éditions de la DIV, nov. 2002. p. 104
- BOSSAVIT Jean-Luc, GLAESNER Daniel, ROYER Rose-Marie. Référentiels de la médiation sociale. Les emplois-repères : activités et compétences. Rapport final, volume 2, Conseil recherche étude pour la planification, l'aménagement et l'habitat (CREPAH). Paris : Les éditions de la DIV, 2002. p. 81
- BOSSAVIT Jean-Luc, GLAESNER Daniel, ROYER Rose-Marie. Référentiels de la médiation sociale. Manager et professionnaliser la fonction de médiation sociale. Rapport final. Volume 3, CREPAH. Paris : Les éditions de la DIV, 2002.
- BREVAN Claude; PICARD Michel. Une nouvelle ambition pour les villes. De nouvelles frontières pour les métiers. Rapport à Claude BARTOLONE. Septembre 2000. p 178
- BUREAU Marie-Christine et NIVOLLE Patrick. Des femmes-relais aux métiers de la médiation sociale et culturelle : un processus inachevé et soumis à de vives tensions, CNAM
- Charte de référence de la médiation sociale, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », visé par le comité interministériel des villes en date du 1er octobre 2001, Délégation interministérielle à la ville, 14 septembre 2004.
- COHEN-EMERIQUE Margalit, FAYMAN. Sonia La médiation sociale et culturelle. Enseignements de dix ans de pratique associative. ACT Consultants, Femmes inter-associations, FASILD, 2004.
- COHEN-EMERIQUE Margalit et FAYMAN Sonia, Médiateurs interculturels, passerelles d'identités, *Connexions*, n° 83, 2005/1, pp. 169-190.
- COHEN-EMERIQUE Margalit. Les médiateurs sociaux et culturels : passerelles d'identités. Conférence présentée le 27 avril 2006 lors de la Rencontre organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue à Bobigny : « Médiation sociale et culturelle : un métier, une déontologie ».
- COHEN-EMERIQUE Margalit; GUILLAUME-HOFNUNGIRTS Michèle. Les femmes-relais médiatrices sociales et culturelles. Des principes déontologiques, un métier. Profession Banlieue; avec les contributions de ITRS ; Ile de France. Paris : Profession Banlieue, Mars 2006, 87 p.
- DUCLOS Hélène, GRESY Jean-Édouard, Évaluation de l'utilité sociale de cinq structures de médiation sociale. Rapport final remis à Christine BOUTIN, Ministre de la Ville. Culture et Promotion, Laboratoire d'anthropologie juridique de Paris, mars 2008, 115 p.
- Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale, Culture et Promotion et France médiation, publié par le Secrétariat général du Comité interministériel des villes, 30 septembre 2009. 170p.
- La Médiation sociale : émergence et consolidation de nouveaux métiers (2 volumes), CNFPT ; DIV ; Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, mars 2005. 152 p.
- La médiation sociale, une démarche d'écoute et de prévention au service de la cohésion sociale, Actes du colloque organisé par le CNFPT et la DIV à Paris le 15 juin 2005. 152 p.
- La médiation sociale : une démarche de proximité au service de la cohésion et de la tranquillité publique. DIV ; CNFPT. Paris : Les éditions de la DIV, 2004. 289 p. (Coll. Repères)
- La médiation sociale et culturelle : enjeux professionnels et politiques. L'exemple des femmes-relais, promotrices de l'intégration des migrants. Actes du colloque européen, 26 et 27 juin 2000. Paris : Profession Banlieue, 2001 (Coll.: Les Actes des rencontres).
- Les apports de la médiation sociale dans la gestion urbaine de proximité, Les fiches d'expérience de la rénovation urbaine, ANRU, Fiche n° 5, septembre 2006, 8 p.
- Les médiations sociales dans le programme, nouveaux services - nouveaux emplois : Dynamiques d'activités, perspectives de professionnalisation et de pérennisation (étude sur un échantillon), Rapport final, Recherche financée par la DARES, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité, Juillet 2001
- MADÉLIN Bénédicte, Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue, *Informations sociales*, n° 141, 2007/5, pp. 120-127.
- Médiation sociale et nouveaux modes de résolution des conflits de la vie quotidienne, Créteil, 22-23 septembre 2000. Paris : Les éditions de la DIV, 2001.

- MOUNIER-VOGELI Françoise, La médiation sociale urbaine : un dispositif ambigu. Les correspondants de nuit à Rennes, ARPES, 2010
- Professionnaliser la médiation sociale. Programme 18 du plan de cohésion sociale. Rapport piloté par la Direction générale de l'action sociale. Avril 2005-janvier 2006. Octobre 2008
- Professionnaliser les médiateurs sociaux par la validation des acquis de l'expérience, Note technique, Ministère de l'emploi et de la cohésion sociale, janvier 2007, 8 p.
- SEDRATI-DINET Caroline, La place centrale des interprètes sociaux, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2659 du 14 mai 2010.

Programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique - IMEA

- Formation

Programme détaillé par semaine de la 2ème session de formation initiale des médiateurs en santé publique de l'IMEA, du 15 septembre au 18 décembre 2003 en Guyane

La formation IMEA de médiation en santé. Vers un savoir faire et un savoir être, 2000-2005, Présentation de la formation initiale. IMEA

- Colloque

Bulletin d'inscription et programme provisoire du colloque sur la Médiation en santé du 3 octobre 2005, Ministère de la Santé et des Solidarités, IMEA, 2005

Programme du colloque "Médiation en Santé Publique" organisé par l'IMEA, Sous le haut patronage de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, Vers l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, par la médiation en santé publique. Etat des lieux, limites, enjeux et perspectives, 03 Octobre 2005

Interventions du colloque Médiation en Santé Publique, organisé par l'IMEA, Sous le haut patronage de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, Vers l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, par la médiation en santé publique. Etat des lieux, limites, enjeux et perspectives, 03 Octobre 2005

- Evaluations

Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA. Evalua. Direction générale de la santé, Juillet 2006

Phase Qualitative : Analyse de 5 sites. Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique, Cabinets ARGOS et CIRESE, membres du réseau PLURALIS, pour la Direction Générale de la Santé, 2004.

Rapport intermédiaire : Bilan quantitatif Ile de France. Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique, Cabinets ARGOS et CIRESE, membres du réseau PLURALIS, pour la Direction Générale de la Santé, 2003.

Synthèse du bilan descriptif de la mise en œuvre du programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique conduit par l'IMEA, note de synthèse rédigée par CHARDIN Catherine, Direction Générale de la Santé, à partir des deux rapports des Cabinets ARGOS et CIRESE, membres du réseau PLURALIS - bilan réalisé de février à octobre 2003.

Evaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre du programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, Présentation de CHARDIN Catherine (DGS), Compte-rendu de la rencontre des médiateurs de santé formés par l'IMEA, réunion du 21 Novembre 2006 à MDM

Autres formations en médiation (santé)

Programme de la formation « Information, médiation, accompagnement en santé – DESU », Service Formation Permanente, Université Paris 8

Sensibilisation à la prévention de l'infection à VIH/sida, des IST, des hépatites. Formation pour les professionnels et bénévoles des centres de santé de Médecins du Monde (MDM). Pôle Formation du Crips Ile-de-France /Médecins du Monde. Année 2010

Les formations de France Médiation. Année 2010, France Médiation

Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et réseaux de santé

FABRE Catherine, BAUDOT Vincent, TOULEMONDE Sibylle *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé*, Gres Médiation Santé, Commande Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Octobre 2003.

Fiche de synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) menées par l'IGAS, l'ANAES et Gres Médiation Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2005.

Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS. Recommandations et indicateurs, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2008.

Réseaux de santé. Guide d'évaluation, Anaes, 2004.

Ressources documentaires - Antilles

Etude sur la médiation sociale en Martinique. Etat des lieux et perspectives. Centre de ressources Ville caraïbe. 2009-10

Ressources documentaires - Guyane

Evaluation du fonctionnement du dispositif « adulte-relais » en Guyane, Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane, novembre 2008

RAIBAUD Yves, *Les dérouilleurs de la Guyane. animateurs et médiateurs sociaux dans la création d'une citoyenneté guyanaise*, dans *Revoir la ville : Guyane, Surinam, Brésil, Réunion. Similitudes et dissemblances*, l'Harmattan, 2006, pp.271-286.

Médiation interculturelle et linguistique dans l'ouest guyanais, Mama Bobi, 2010.

Formation en français à destination des cadres des associations de terrains dans l'Ouest Guyanais. La gestion interculturelle de la diversité : une compétence. Mama Bobi. Octobre 2010

Présentation de l'Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique (ARMSP), ARMSP

Le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) 2009-2014, Pré-projet. Conseil Régional de Guyane, Octobre 2009

Bilan pédagogique de la préparation au passage du CAP Agent de prévention et de Médiation (APM) sur Cayenne, Kourou et St Laurent, Novembre 2009/Juin 2010. Equinoxe Formation. 2010

VIH/sida

La Migration et le VIH/SIDA : Recommandations de la Communauté, Aides. Rapport basé sur la Conférence Européenne sur « Le droit à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien pour le VIH/SIDA des migrants et des minorités ethniques en Europe: le point de vue de la Communauté Européenne » (Lisbonne, 7 et 8 juin 2007).

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2010 sous la direction du Pr. Patrick YENI, La documentation française, Ministère de la Santé et des Sports, 2010

Une démarche communautaire fonctionne parfaitement, entretien avec KHOURY Marie Liliane du Réseau VIH 33, réalisé par MIGUET Alain pour Sida Info Service, 3 mai 2010.

Bibliographies

Médiation : bibliographie, Conservatoire national des arts et métiers, Centre de documentation sur la formation et le travail, avril 2010

Bibliographie de l'Acse. Médiation sociale Adultes-relais, Juin 2010

Femmes-relais, Profession Banlieue Bibliographie mise à jour en 2008

Sites Internet

Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. <http://www.lacse.fr/>

Association OMEGA. www.omega16.net/

Association nationale des médiateurs. <http://www.mediateurs.asso.fr/>

Collectif francilien de la médiation en santé publique. <http://www.cfmsp.org/>

Délégation Interministérielle à la Ville. www.ville.gouv.fr

Fédération Nationale de la Médiation et des Espaces Familiaux. <http://www.mediation-familiale.org/>

France Médiation. www.francemediation.fr/

Groupement National des Médiateurs de la Côte d'Azur. <http://www.association-mediateurs.org/>

Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée. <http://www.imea.fr/>

Institut de Médiation Guillaume-Hofnung. <http://imgh.blogspot.com/> <http://imgh.over-blog.fr/>

Profession Banlieue, Centre de Ressources pour la Politique de la Ville en Seine Saint-Denis
www.professionbanlieue.org

RésO Villes. www.resovilles.com

Wikimédiation. www.wikimédiation.org/

Annexes

Annexe I : liste des participants aux ateliers sur la médiation santé en Guyane juill-oct. 2010

Nom	Prénom	fonction	Structure	Commune	Email	7-juil.	27-août	1-oct.
ALIFONS	Tansia	Médiatrice	Mama Bobi	St Laurent	mamabobi@wanadoo.fr			
ASOSIE	Chafara	Médiatrice	Mama Bobi	St Laurent	asoshaf@hotmail.fr			
BASTEE	Christiane	Médiatrice en santé publique	ARMSP	Cayenne	bastee.christiane@wanadoo.fr			
BAUZA	Jean- Luc	Médiateur en santé publique	CHAR	Cayenne	jeanluc.bauza@wanadoo.fr			
CREMIEUX	Ionette	Médiatrice en santé publique	ARMSP	Cayenne	cremieux.ionete@wanadoo.fr			
DAMASE	Sheila	Médiatrice sociale/animatrice de prévention	MDM	Cayenne	mdmmfcayenne@yahoo.fr			
DESTIN	Lysaire	Médiateur en santé publique	ASCG	Kourou	guyane.communaute-haitiens@orange.fr			
FACCHINO	Vanessa	Médiatrice en santé publique	CHAR	Cayenne	vanessa.facchino@ch-cayenne.fr			
FLORIMOND LARCHER	Elise	Médiatrice en santé publique	ARMSP	Cayenne	l234elise@orange.fr			
GUNTHER	Lucinda	Secrétaire Adjointe	APS-V	Iracoubo	asso.apsvillages@laposte.net			
HERMENEGILGO GOMEZ	José	Médiateur	DAAC	Rémire-Montjoly	josedaac@gmail.com			
JIMENEZ	Lilian							
JONS	Jennifer	Technicien administratif du service social	CMCK	Kourou	jonsj@cmck.org			
LEGEL	Thérèse			Rémire-Montjoly				

Nom	Prénom	Fonction	Structure	Commune	Email	7-juil.	27-août	1-oct.
MASSEMIN	Yoanne	Coordinatrice	ASV/CCAS	St Laurent	ccas973asv@wanadoo.fr			
MATOS ALCANTRA	Luz Mélania	Médiatrice	AFDG	Cayenne	afd973@msn.com			
MIJDT	Alain	Médiateur en santé publique - Président	ARMSP	Cayenne	mijdt@hotmail.fr			
MINDJOUK	Alain	Président	APS-V	Iracoubo	alainmindjouk@yahoo.fr			
MONTEIRO	Marcia	Technicien administratif du service social	CMCK	Kourou	monteirom@cmck.org			
NORESKAL	Jiovanna	Coordinatrice	ASV/ DSU	Rémire-Montjoly	asv-dsu.remiremontjoly@hotmail.fr			
PERROUD	Marc	Médiateur	Mama Bobi	St Laurent	mamabobi@wanadoo.fr			
RAMON	Pita	Médiateur	Mama Bobi	St Laurent	mamabobi@wanadoo.fr			
RANDOLF	Lienga	Médiateur	Mama Bobi	St Laurent	randolf.lienga@orange.fr			
RIVERA BRITO	Wendy	Médiatrice	AFDG	Cayenne	wendy.973@hotmail.com			
SACRAMENTO SANTOS	DOS Maria	Médiatrice en santé publique	ARMSP	Cayenne	sacramento.maria@live.fr			
SOPHIE	Marie-Laure	Coordinatrice	ASV/DSRU	Cayenne	marie-laure.sophie@wanadoo.fr			

Animateurs

Nom	Prénom	Fonction	Structure	Commune	Email	7-juil.	27-août	1-oct.
LAMAISON	Hélène	Responsable	GPS	Cayenne	h.lamaison@gps.gf			
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	GPS	Cayenne	a.mathieu@gps.gf			
REZKI	François	Président	GPS	Cayenne	f.reski@gps.gf			
ROBILLARD	Jean-Noël	Coordonateur	MDM	Cayenne	mdmmfcayenne@yahoo.fr			

Annexe 2 : programme du séminaire du 18 nov. 2010

Médiateur : un métier incontournable pour la promotion de la santé en Guyane

Ouvertures

- M. le Président du Conseil Général de Guyane, représenté par Mme la Dr Joëlle Suzanon
- M. le Directeur Général de l'ARS de Guyane, représenté par Mme la Dr Lucie Brunet
- M. le Délégué Régional Interministériel à la Ville, représenté par Mme Ketty St Clair

Introduction

- Mme Elise Florimond, Médiatrice de santé publique, ARMSP
- M. Marc Perroud, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi

☞ Mise en perspectives et enjeux nationaux

- Dr Thierry Troussier, Chargé de la prévention du VIH et des IST, DGS

☞ Synthèse des questionnaires sur la médiation en santé en Guyane

- Mme Amandine Marchand, Coordonnatrice, MDM
- Mme Alexandra Mathieu, Chargée de mission, GPS

☞ Présentation des constats et propositions pour la médiation en santé en Guyane

- Mme Maria Sacramento, Médiatrice de santé publique, ARMSP
- M. Randolph Lienga, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi

☞ Témoignages des médiateurs

- Mme Sheila Damase, Médiatrice sociale et animatrice de prévention, MDM
- M. Ramon Pita, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi
- Mme Vanessa Facchino, Médiatrice de santé publique, CHAR

☞ Témoignage de la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de St Laurent du Maroni

- Mme Joanne Massemin, Coordinatrice, ASV/CCAS

Débat

Animateurs :

- Mme Elise Florimond, Médiatrice en santé publique, ARMSP
- M. Marc Perroud, Médiateur interculturel et linguistique, Mama Bobi

Clôture

- Ambroise Devaux, Sous Préfet délégué à la cohésion sociale et à la jeunesse (sous réserve)
- François Rezki, Président, GPS

Annexe 3 : liste des participants au séminaire

Nom	Prénom	Fonction	Structure	Type de structure	Commune	Email
ALIFONS	Tansia	Médiatrice interculturelle et linguistique	Mama Bobi	Association	St-Laurent-du-Maroni	mamabobi@wanadoo.fr
ASOSIE	Chafara	Médiatrice interculturelle et linguistique	Mama Bobi	Association	St-Laurent-du-Maroni	asoshaf@hotmail.fr
BARTHELEMI	Nathalie	Enseignante	Lycée Melkior	Institution	Cayenne	n.barthelemi@wanadoo.fr
BASTEE	Christiane	Médecine en santé publique Bénévole	ARMSP	Association	Cayenne	bastee.christiane@wanadoo.fr
BAUZA	Jean-Luc	Médiateur en santé publique		Autre	Cayenne	jeanluc.bauza@wanadoo.fr
BERGERON	Daniel	Coordinateur	PRE	Autre	Maripasoula	daniel.bergeron@hotmail.fr
BOULARDIN	Robert	Educateur	PJJ	Institution	Cayenne	bogw2001@yahoo.fr
BRUNCHER	Pascal	Médecin chef de PMI	Conseil Général	Institution	Cayenne	pascal.bruncher@cg973.fr
BRUNET	Lucie	Médecin Inspecteur de Santé Publique	ARS	Institution	Cayenne	lucie.brunet@ars.sante.fr
CASSIN	Denyse	ex-Déleguée régionale	SIS	Association	Cayenne	
CHAMPESTING	Arnaud	Animateur Santé	Conseil Général	Institution	Cayenne	arnaud973@orange.fr

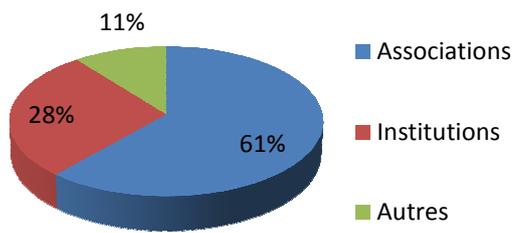
Nom	Prénom	Fonction	Structure	Type de structure	Commune	Email
COETA	Marie-Claire	Médiatrice en santé publique		Autre	Cayenne	
CREMIEUX	Ionete	Médiatrice en santé publique, Secrétaire	ARMSP	Association	Cayenne	cremieux.ionete@wanadoo.fr
DAMASE	Sheila	Médiatrice sociale et animatrice de prévention	MDM	Association	Cayenne	mdmmfcayenne@yahoo.fr
DORJEAN	Sylvera	Directeur	AIDE	Association	Rémire-Montjoly	assaide973@yahoo.fr
DOS SANTOS	Cécilia	Coordinatrice	Chrétiens et Sida	Association	Kourou	ceciliadosantossoliveira@hotmail.com
DUFAY	Myriam	Présidente	DAAC	Association	Rémire-Montjoly	myriam.dufay@wanadoo.fr
DUPLESSIS	Audrey	Médiatrice sociale	INPACT	Association	St-Laurent-du-Maroni	ass.inpact@wanadoo.fr
FACCHINO	Vanessa	Médiatrice en santé publique	CHAR	Institution	Cayenne	vanessa.facchino@ch-cayenne.fr
FAURE	Chantal	Coordonnatrice	PRE	Autre	Saint-Georges	pre.stg@voila.fr
FLORES FUENTES	Alfredo	Médiateur en santé publique, bénévole	ARSCA	Association	St-Laurent-du-Maroni	fffalfy@hotmail.com
FLORIMOND LARCHER	Elise	Médiatrice en santé publique, bénévole	ARMSP	Association	Cayenne	l234elise@orange.fr
GAILLOU	José	Coordonnateur de soins	CRF	Association	Kourou	jose.gaillou@croix-rouge.fr
GASPARD	Michèle	Coordinatrice	ADER	Association	Kourou	gaspard.michele@orange.fr

Nom	Prénom	Fonction	Structure	Type de structure	Commune	Email
GEORGES	Robert	Médiateur en santé publique, Président	ASFMF	Association	Cayenne	asfmf@wanadoo.fr
GRENIER	Claire	Médecin, Coordinatrice médicale	CPS - CRF	Association	Cayenne	claire.grenier@croix-rouge.fr
GROSS	Karine	Animatrice	DAAC	Association	Rémire-Montjoly	karine.daac@gmail.com
GUILLEMOT	Françoise	Médecin, Consultante		Autre		
GUNTHER	Lucinda	Médiatrice	APS-V	Association	Iracoubo	alain.mindjouk@orange.fr
HERMENEGILGO GOMES	José	Médiateur en santé publique (environnement/santé)	DAAC	Association	Cayenne	jose.daac@gmail.com
HO-A-SIM	Jean-Michel	Responsable de la cellule éducation sanitaire au Service Départemental de Désinfection	Conseil Général	Institution	Cayenne	jean-michel.hoasim@cg973.fr
JEAN-LOUIS	Louidyna	Présidente	Association guyanaise des psychologues	Association	Rémire-Montjoly	associationguyanepsy@yahoo.fr
LAMAISON	Hélène	Responsable	GPS	Association	Cayenne	h.lamaison@gps.gf
LE JEANNIC	Rachida	Secrétaire documentaliste	GPS	Association	Cayenne	contact@gps.gf
LE PABIC	Rozenn	Gestionnaire de projet	ADER	Association	Kourou	ader.kourou@orange.fr
LIBRE	Audrey	Chef de projet	CUCS	Institution	Matoury	audreylibre@hotmail.com
LIENGA	Randolf	Médiateur interculturel et linguistique	Mama Bobi	Association	St-Laurent-du-Maroni	randolf.lienga@orange.fr

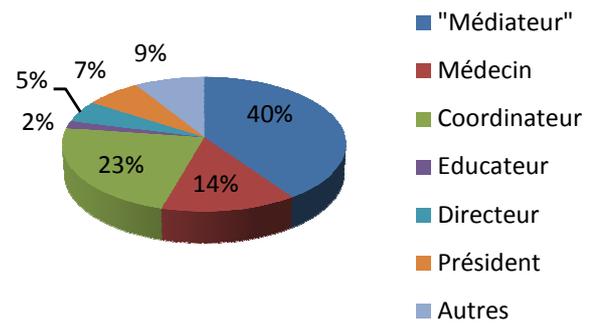
Nom	Prénom	Fonction	Structure	Type de structure	Commune	Email
LOUISET	Sandrine	Chef de service	INPACT (CAARUD)	Association	St-Laurent-du-Maroni	ass.inpact@wanadoo.fr
MASSEMIN	Yoanne	Coordinatrice	ASV/CCAS	Institution	St-Laurent-du-Maroni	ccas973asv@wanadoo.fr
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	GPS	Association	Cayenne	a.mathieu@gps.gf
MINDJOUK	Alain	Président	APS-V	Association	Iracoubo	alain.mindjouk@orange.fr
PAPAYO	Raphaël	Médiateur	SESSAD Ouest Guyanais ADPEP	Association	St-Laurent-du-Maroni	rs-sessadog@lessep973.org
PERROUD	Marc	Médiateur interculturel et linguistique	Mama Bobi	Association	St-Laurent-du-Maroni	mamabobi@wanadoo.fr
PIALOU	Aurélie	Juriste	ECHADE-AGORA	Association	Cayenne	aureliepiadou.echade@live.fr
PROVOST	Bruno	Médecin	ARS	Institution	Cayenne	bruno.provost@ars.sante.fr
RAMDASS	Calvin	Animateur social, médiateur de quartier	DAAC	Association	Rémire-Montjoly	calvinramdass@hotmail.fr
RAMON	Pita	Médiateur interculturel et linguistique	Mama Bobi	Association	St-Laurent-du-Maroni	mamabobi@wanadoo.fr
REINETTE	Philippe	Chef de service	SESSAD Ouest Guyanais ADPEP	Association	St-Laurent-du-Maroni	rs-sessadog@lessep973.org
REZKI	François	Président	GPS	Association	Cayenne	francois.rezki@gmail.com
SACRAMENTO DOS SANTOS	Maria	Médiatrice en santé publique, bénévole	ARMSP/MdM	Association	Cayenne	sacramento.maria@live.fr

Nom	Prénom	Fonction	Structure	Type de structure	Commune	Email
SANKALE-SUZANON	Joëlle	Médecin, Chargée de mission démographie des professionnels médico-sociaux	Conseil Général	Institution	Cayenne	jsuzanon@cg973.fr
SANQUER	Marie-Anne	Médecin inspecteur de santé publique	ARS	Institution	Cayenne	marie-anne.sanquer@ars.sante.fr
SCHUTZ-SAMSON	Martine	Sociologue, consultante		Autre		
SOPHIE	Marie-Laure	Chargée de mission santé	CUCS/DSRU	Institution	Cayenne	dsru@ville-cayenne.fr
ST CLAIR	Ketty	Responsable Politique de la Ville	DRIV	Institution	Cayenne	ketty.Saint-Clair@equipement.gouv.fr
TROUSSIER	Thierry	Médecin, Chargé de prévention du VIH et des IST	DGS	Institution	Paris	thierry.traussier@sante.gouv.fr
WINGARDE	Sandra	Agent de santé	PMI – Conseil Général	Institution	Matoury	cathy.venturin@cg973.fr

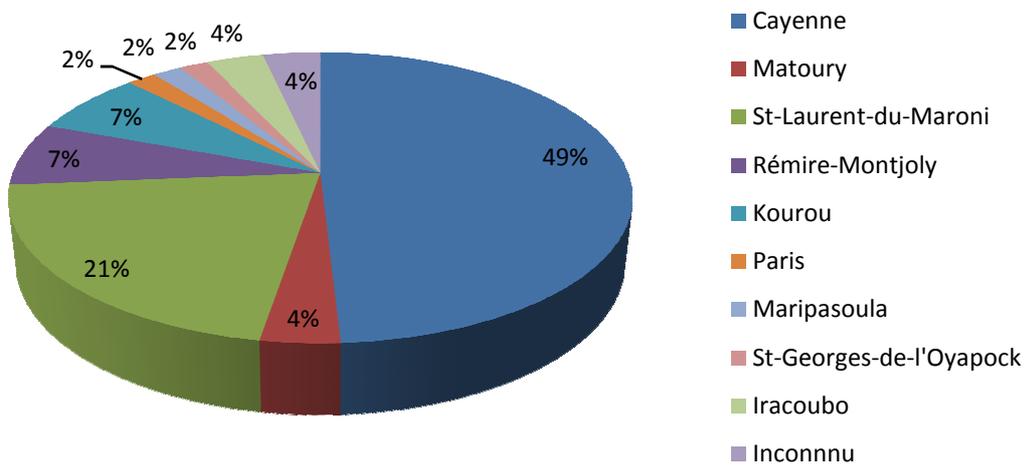
Type de structures représentées



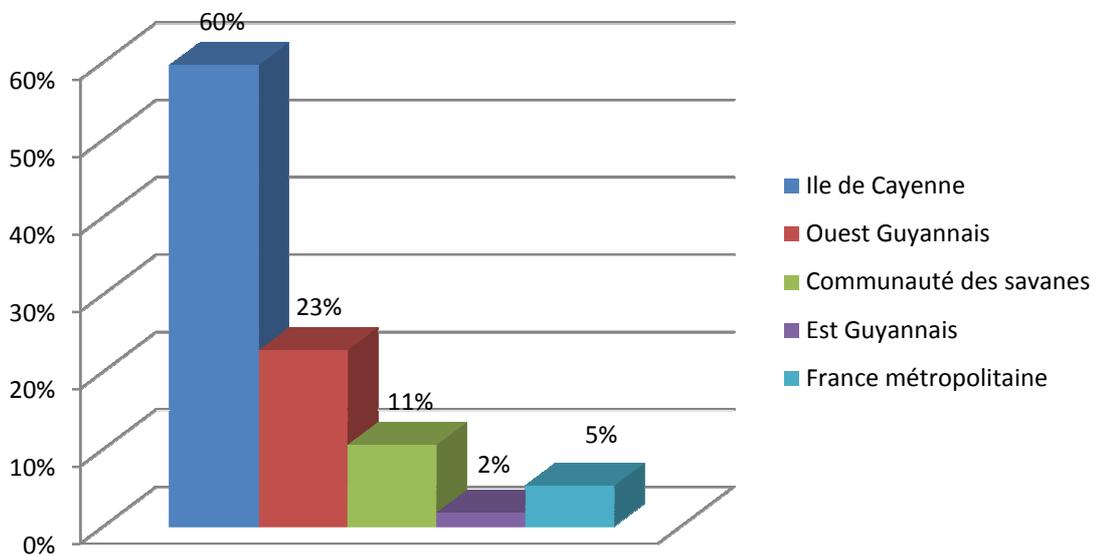
Fonctions des personnes représentées



Représentation des structures par communes



Territoires d'origine des participants



Annexe 4 : autres témoignages des médiateurs

Annexe 4.1

Témoignages de Maria SACRAMENTO DOS SANTOS, médiatrice de santé publique à l'ARMSP

Missions de l'association : participer à la lutte contre l'exclusion et favoriser l'accès au soin des personnes en situation de vulnérabilité.

Missions de la médiatrice en santé publique (en poste depuis 3 ans) : accueil physique et téléphonique ; accompagnement administratif et social ; prévention santé.

Accès aux soins

Mme LM, 62 ans, d'origine brésilienne, a une carte de séjour et habite le quartier du Village Chinois, à Cayenne.

Dans le cadre de ma mission de médiatrice en santé publique pour l'association AMRSP, j'ai été sollicitée par Mme LM concernant ses difficultés d'accès au droit santé. Mme LM ne parvenait pas à faire sa demande de renouvellement CMU et une demande d'évacuation sanitaire pour soins vers la Martinique.

Mme LM ne sait ni lire ni écrire le français. Elle s'est toutefois rendue à la CGSS pour tenter de faire les démarches elle-même. Mme LM a obtenu les informations recherchées et est repartie avec les documents nécessaires pour ses démarches mais elle n'avait pas d'aide pour les remplir. Mme LM n'a pas pu solliciter un membre de son entourage car elle souffre d'un isolement social. L'association de quartier « Objectif 2000 » ayant fermé ses portes, il n'y avait plus de relais sur le quartier.

C'est lors de ma prise de contact avec elle sur le terrain, après mise en confiance, création de lien, évaluation de sa situation... que j'ai pu identifier sa demande. Nous avons alors ensemble rempli les dossiers et je l'ai accompagnée pour les déposer aux structures concernées.

Très rapidement, une semaine après le dépôt des dossiers, Mme LM a pu bénéficier du droit commun : l'évacuation sanitaire a été organisée et prise en charge financièrement par la CGSS (billet d'avion, hébergement, hospitalisation...).

A son retour en Guyane, Mme LM a pu poursuivre son traitement et son suivi médical. Son état de santé nécessitant une deuxième évacuation sanitaire presque un an après, l'organisation et l'accès au soin a donc pu se faire de manière rapide et adaptée aux besoins vitaux de Mme LM et sans mon intervention.

Aujourd'hui, Mme LM bénéficie donc d'une assurance maladie lui permettant de poursuivre ses soins.

Depuis mon intervention auprès de Mme LM, nos échanges se poursuivent. En effet, elle m'interpelle quand je retourne sur le quartier pour me donner de ses nouvelles, notamment pour me faire part de l'évolution de sa situation administrative. Elle ne cesse de me remercier. « Sans ta présence Maria, je n'aurais pas pu me faire soigner. Pour moi, les démarches étaient trop difficiles. Pourtant, c'était pour mon bien. J'espère que tu vas continuer à venir car il n'y a pas que moi ici qui ait besoin de toi ».

Plus étonnant, Mme LM a renoué le lien avec son entourage. Elle m'a m'interpellée sur la situation de ses voisins. Il semble qu'elle m'ait identifiée comme un relais, en tout cas comme une personne ressource.

Prévention vaccinale

Modalité de l'intervention

Qui : habitants d'origine brésilienne

Où : dans les quartiers prioritaires

Quand : 3 interventions par an

Evaluation de la situation

Identification du problème : nombre important de personnes non vaccinées

Cause : manque de structures de prévention

Conséquence : mauvaises conditions d'hygiène (dépôts sauvages), et déficit de vaccinations engendrant les maladies.

Plan d'action mis en œuvre

Actions menées	Comment et avec qui ?	Résultats attendus
Visite du quartier	Rassemblement chez un particulier avec les intervenants	Identification d'un local accessible
Distribution d'invitations et d'affiches	Porte à porte – avec mes collègues de l'association	Information d'un maximum de personnes
Sensibilisation et prévention vaccinale	Avec une animatrice, un secrétaire et un traducteur, explication de la vaccination, à l'aide d'affiches et de supports.	Participation du public, orientation de personnes (ex : PMI, MdM).

Analyse stratégique de la solution mise en place

Points positifs : les habitants des quartiers participent, sont satisfaits d'avoir de nouvelles connaissances et apprécient de discuter avec les personnes vivant hors de leur quartier (ex : les travailleurs sociaux...)

Difficultés : mobilisation assez difficile, problèmes de langue et de transport, manque de confiance

Préconisations :

Poursuivre les contacts avec les relais des quartiers

Améliorer les documents d'information sur le sujet

Renforcer les actions de distribution d'invitations et d'affiches dans les quartiers

Passation d'un questionnaire santé-environnement pour connaître les comportements des habitants et leurs coutumes culturelles.

Situation de départ

Qui : les adultes des quartiers ciblés

Où : les quartiers prioritaires

Quand : 2 fois par semaines sur 2 mois

Evaluation de la situation

Identification du problème : l'insalubrité environnementale

Cause : le manque d'eau potable, l'absence de moustiquaires

Conséquences : une majorité des habitants est malade (maladies hydriques, dengue et paludisme)

Plan d'action mis en œuvre

Actions menées	Comment et avec qui ?	Résultats attendus
Visite du quartier avec l'ASV, connaissance de la vie du quartier	Porte à porte en binôme, rencontre des relais du quartier	Echanges culturels entre habitants et institutions
Information des habitants sur les passages de la médiatrice et de l'ASV	Date et heure prévues par la médiatrice	Organisation des passages pour remplir les questionnaires
Dépôt ou circulation sur place des questionnaires	Reformulation des questions avec les habitants	Recueil des questionnaires remplis
Remise des résultats des questionnaires	Invitations, date, heure, rassemblement	Participation active des habitants

Mise en place des actions demandées par les habitants	Prévention sur stockage d'eau et hygiène	Borne d'eau prévue pour cette année
---	--	-------------------------------------

Analyse stratégique de la solution mise en place

Points positifs : grand intérêt des habitants pour l'enquête (notamment pour les échanges avec l'enquêteur et la remise des résultats)

Difficulté : faire comprendre aux habitants le lien entre les questionnaires et la santé de leur communauté

Préconisations :

- Garder le contact après chaque intervention avec les personnes relais du quartier
- Prévoir des actions toute l'année et non périodiques

Information et prévention de l'AME, CMU base et complémentaire

Situation de départ

Qui : les habitants des quartiers ciblés

Où : dans les quartiers prioritaires

Quand : une fois par mois

Evaluation de la situation

Identification du problème : beaucoup d'habitants ne bénéficient pas de couverture sociale

Cause : un très grand manque d'information sur les structures

Conséquences : un grand nombre de personnes ne vont pas se faire soigner

Plan d'action mis en œuvre

Actions menées	Comment et avec qui ?	Résultats attendus
Visite de quartiers en binôme pour rencontrer les relais	Intervention collective chez un particulier et l'équipe ASSO.	Renforcer leurs capacités (connaissance et compétences) à remplir un dossier
Distribution affiches et invitations	Avec l'aide des relais du quartier	Régularisation d'AME et CMU des personnes qui n'en possèdent pas pour meilleur accès aux soins
Information sur les points légaux et les pièces obligatoires	Jeux de rôle, scénette d'accueil. Distribution des fiches d'orientations et d'informations (adresse utile).	Augmentation du nombre de personnes accueillies au CASO Participation du public, orientation de personnes (ex : MdM).

Analyse stratégique de la solution mise en place

Points positifs : bon accueil des habitants ; accord et implication des habitants pour le rassemblement

Difficultés : toucher les personnes sans papiers qui craignent d'être repérées par la police ; problème de barrières linguistiques

Préconisations :

- Garder le contact et poursuivre la relation avec la communauté en fonction de ses besoins
- Renouveler et pérenniser les actions

Annexe 4.2

Témoignage collectif de Mama Bobi. « La médiation est une praxis ». Zoom sur l'opération Pemba

Au sein de Mama Bobi,

Elle est Interculturelle.

Il s'agit d'élever concomitamment la compréhension d'une situation donnée en plusieurs langues et, après des *a priori* culturels dépassés, parvenir à une convergence et un consensus acceptables par tous. Interculturalité ne signifie pas métissage, ni mélange, ni syncrétisme mais respect et considération des différences.

Elle est linguistique.

Les situations s'expriment en des langues locales où les représentations du corps et de la maladie (par exemple) reposent sur des non-dits ou des symboliques qu'il faut connaître. La pratique quotidienne des langues mise en situation est fondamentale. Il ne s'agit ni d'interprétariat, ni de traduction. La médiation interculturelle et linguistique constitue donc une praxis qui au fil des ans s'exerce telle une compétence. Cette compétence qui peut faire l'objet de VAE devrait conduire le médiateur en une réelle professionnalisation de sa pratique en des domaines très variés (Santé publique, Santé Communautaire, accès au Droit, régulation non-violente des conflits ...).

Ici la Santé Communautaire donne à illustrer par de nombreux exemples ce que les « médiations » ordinaires ou mal structurées ne peuvent réaliser. C'est-à-dire considérant des points déontologiques incontournables tel que la confidentialité, le « secret médical », l'espace strictement privé dans l'appréhension des us et croyances, lors d'une intervention. Il s'agit de construire la participation d'un usager dans son suivi thérapeutique (Education thérapeutique) et au-delà de la compréhension d'une situation donnée, de la participation effective des uns et des autres dans l'élaboration de solutions communes / acceptables.

Exemple « Opération Pemba ».

Plus de trois décennies d'informations très pointues, adaptées, traduites, interprétées sous diverses formes (mises en gardes, menaces, etc.), n'ont pu convaincre une population particulièrement ciblée (femmes, parturientes, de langue et culture Businenge) à modifier significativement leurs comportements face à une pathologie clairement diagnostiquée.

La médiation interculturelle et linguistique, ici entreprise par Mama Bobi, tend donc à une conscientisation profonde dans la compréhension réelle des mécanismes des causes et des effets auprès de ce public particulier.

Il s'agit donc de médiations opérées ici par des médiatrices formées localement, toutes immergées dans cette langue et culture et dont la praxis - par la création permanente d'outils de communication interculturelle et linguistique à la portée de tous -, devrait autoriser de profondes modifications à tous les niveaux.

La médiation interculturelle et linguistique n'est pas neutre lorsqu'elle s'attache à émanciper, autonomiser et responsabiliser. Elle revêt alors un caractère déterminant de cette profession la Participation Citoyenne par l'Education.

Chronogramme de l'action autour du pemba, Mama Bobi, octobre 2010

Action	Mois	2010								2011									
		J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
OBJECTIF 1																			
Aller à la rencontre des populations du fleuve pour délimiter le territoire concerné par le Pemba	3 mois	■	■	■															
Créer un outil d'enquête afin d'explorer les représentations liées au Pemba	2 semaines				■														
Organiser la formation des enquêteurs	3 jours				■														
Organiser dans un temps donné l'enquête auprès des femmes	2 mois 1/2				■	■	■												
Analyser le contenu des entretiens afin d'en tirer les éléments pertinents permettant la création d'outils	1 mois							■											
OBJECTIF 2																			
Déterminer les supports adaptés pour diffuser l'information souhaitée						■	■												
Créer le contenu des supports choisis	1 à 2 mois							■	■										
Regrouper le personnel volontaire pour figurer dans les différents outils	1 à 2 mois							■	■										
Réaliser les outils	2 mois									■	■								
OBJECTIF 3																			
Définir les lieux de diffusion des outils de prévention créés	1- 2 semaines						■	■											
Planifier les différents lieux d'intervention en partenariat avec les acteurs concernés	1 mois									■									
Diffuser les outils	12 à 24 mois										■	■	■	■	■	■	■	■	■
OBJECTIF 4																			
Créer l'outil d'évaluation	2 semaines															■			
Planifier l'évaluation auprès des différents partenaires																■			
Analyser les éléments recueillis et apporter des propositions	2 mois																■	■	

Annexe 4.3

Témoignage de Sheila DAMASE, médiatrice sociale et animatrice de prévention à la Mission France Guyane de Médecins du Monde (MDM)

Mission de la médiatrice sociale :

- Prendre en charge l'accueil du public au CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation.)
- Orienter la personne vers les consultations sociales et/ou pré médicales et/ou médicales.
- Prendre en charge l'accompagnement physique et le suivi des orientations des bénéficiaires vers les structures définies lors des permanences.

L'accès aux droits à la couverture sociale

Le problème

Un homme de 30 ans, de nationalité dominicaine, demandeur d'asile, ayant un titre de séjour provisoire de 3 mois, sans couverture sociale depuis son arrivée sur le territoire français. Il est domicilié à la CIMADE.

D'après la loi, cet homme peut prétendre à la CMU complémentaire, parce qu'il remplit toutes les conditions nécessaires à l'obtention de cette couverture sociale.

Les difficultés rencontrées

Cet homme s'exprime en langue espagnole uniquement. Il a une méconnaissance des démarches administratives.

Sa demande de CMU a été instruite courant octobre 2009 par MDM, qui a un agrément préfectoral d'organisme instructeur. Un premier contact téléphonique avec la cellule AME –CMU de la CGSS de Guyane, notifie un retour positif du traitement de sa demande.

Une lettre d'orientation rédigée par la médiatrice sociale a été remise à l'utilisateur afin qu'il se rende à l'accueil de la CGSS pour obtenir son attestation CMU.

L'utilisateur revient au CASO, lors de la permanence suivante, se plaignant du fait qu'un agent d'accueil de la CGSS lui aurait refusé la délivrance de l'attestation CMU malgré la lettre d'orientation qu'il avait en sa possession. Cela retarde sa prise en charge médicale dans le circuit de droit commun.

Les modalités de résolution du problème

A la demande de l'utilisateur, la médiatrice sociale l'accompagne à la CGSS afin de l'aider à obtenir son attestation CMU.

Accompagné de la médiatrice sociale l'utilisateur rencontre un agent d'accueil sur place. Celui-ci explique que la demande de l'utilisateur n'a pas été comprise par ses collègues du fait de la barrière linguistique. Une traduction semble nécessaire.

Après vérification sur le logiciel interne au service, l'agent de la CGSS explique que ses droits à la CMU sont ouverts depuis plus d'un mois. Il remet à l'utilisateur une attestation CMU et un formulaire de déclaration du médecin traitant.

Annexe 4.4

Témoignages recueillis par les médiateurs de l'AFDG

A Cayenne, en janvier 2011

Nom : R.M SS

Sexe : féminin

Age : 43 ans

Situation familiale : 5 enfants

Adresse : Cayenne « village chinois »

Situation initiale : au chômage, difficultés à faire face aux besoins de sa famille, se prostitue pour survivre

Demande de l'intéressée : trouver du travail pour sortir de la rue

Intervention des médiateurs de l'association :

- information sur les risques sexuellement transmissibles ;
- distribution de préservatifs ;
- aide à la recherche d'emploi (petites annonces sur www.blada.com, recherche de formation auprès des établissements de formation) ;
- accompagnement social auprès des institutions (préfecture, mairie, Conseil Général) ;
- initiation au français.

Limites de l'intervention :

- l'étroitesse du marché en matière d'offres d'emploi et de formation ;
- l'exigence des diplômes ;
- la barrière de la langue.

Nom : A. G.T

Age : 25 ans

Situation familiale : 5 enfants

Adresse : Cayenne

Situation initiale : situation irrégulière, au chômage, en charge de ses petits enfants

Demande de l'intéressée : besoin d'un accompagnement social pour obtenir la garde de ses petits enfants et les aider pour s'en occuper

Intervention des médiateurs de l'association :

- accompagnent administratif auprès des instances judiciaires et sociales (SECU/CAF/Conseil Général)
- accompagnement social (accès à l'eau potable, l'électricité)
- information sur les risques sexuellement transmissibles ;
- cours de français

Limites de l'intervention :

- délais administratifs ;
- pas de solution en matière d'hébergement provisoire.

Annexe 5 : mise en place d'un réseau de médiation à Saint-Laurent-du-Maroni (novembre 2007)

Communication réalisée en octobre 2008⁵⁹ par Joanne MASSEMIN, Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV), Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Saint-Laurent du Maroni

Contexte local de l'ASV

- Echelle territoriale : 10 quartiers prioritaires de la commune.
- Partenaires signataires du CUCS : Mairie, Etat...
- Partenaires de l'ASV : DSDS, Conseil Régional, Conseil Général, CGSS, Rectorat, Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, médecins libéraux, associations, dispositifs CUCS
- Thèmes des projets locaux de santé publique suivis : accès aux droits et aux soins, coordination et partenariat, promotion de la santé/conduites à risques
- Contact ressource sur le projet : Joanne MASSEMIN

67 bd Général de Gaulle, BP 97, 97320 Saint-Laurent du Maroni

Tél : 0594341160 Fax : 0594 342775 Email : ccas973asv@wanadoo.fr

Présentation générale

Constat : De nombreux médiateurs interviennent dans les différents quartiers de la commune mais se connaissent peu et échangent rarement.

Problématique : peu de lisibilité sur les actions menées, manque de cohérence entre les actions et de connaissance du système existant et de ses acteurs, et mobilisation parfois difficile sur le terrain.

Objectifs :

- valoriser le travail mené par les médiateurs de la commune,
- créer un espace d'échanges sur les pratiques, les difficultés rencontrées et les actions à mettre en œuvre,
- mettre en place des informations et des formations répondants aux besoins exprimés par les participants.

Finalité : Disposer d'un réseau de personnes « relais » sur les différents quartiers de la commune facilitant : la communication entre les acteurs et auprès des habitants, et la mise en œuvre des actions de prévention initiées par les autres acteurs de la place (associations notamment)

Description de la démarche observée

Organisation : La mise en œuvre du Réseau et sa coordination sont assurées par l'ASV. Le réseau se réunit une fois par mois, la date de réunion est fixée à la fin de chaque séance. Il peut se réunir à la demande en fonction des besoins exprimés par les participants ou les intervenants extérieurs souhaitant faire une communication. Le réseau réunit l'ensemble des médiateurs sous contrat Adultes Relais ainsi que les autres médiateurs sociaux de la commune (30 personnes).

Chaque séance suit globalement le même schéma :

- information sur une thématique ou un point soulevé lors de la précédente séance réalisée par un intervenant extérieur (mobilisation du réseau ASV),
- échanges autour de situations rencontrées, actions à mettre en œuvre, présentation d'actions initiées, documents existants...
- identification des besoins, définition de l'ordre du jour de la séance suivante.

⁵⁹ Séminaire « Politiques de la ville et de santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », Délégation interministérielle à la ville Bordeaux, Cité Mondiale, 6/7/8 octobre 2008

Un compte-rendu est rédigé à chaque séance.

Quelques difficultés : mobilisation permanente de tout le réseau, niveau de formation du groupe différentielle, cohésion du groupe, initiative du groupe.

Solutions apportées ou en recherche : mise en place d'une action permettant d'impliquer différents membres du Réseau Médiation (maraudes, questionnaire habitants...), mise en place de formations répondant aux besoins des participants (écoute, crise suicidaire...).

Acquis et limites

Acquis : Après un démarrage un peu chaotique, le réseau se réunit régulièrement autour d'une dizaine de personnes. Plusieurs associations et institutions ont sollicité le réseau pour transmettre des informations (fonctionnement de la Mission Locale, outils développés par la Boutique de Gestion...) et participer aux actions développées dans les quartiers de la commune (réalisation d'enquêtes, participation aux maraudes...).

Quelques outils ont été développés :

- liste des acteurs de la médiation et coordonnées,
- document de synthèse présentant les médiateurs, les structures auxquels ils sont rattachés, les quartiers d'intervention, les activités exercées.

L'ASV est identifié comme entité ressource ; les différents médiateurs sont en contact avec la coordinatrice (orientation, appui technique, documents ressources).

Certains médiateurs, intervenant sur les mêmes quartiers, ont pris contact entre eux pour solutionner quelques situations (repérage/accompagnement).

Limites : Une ½ journée de formation sur la situation d'écoute et l'attitude d'écouter a été proposée. Celle-ci s'est avérée intéressante mais la différence d'apprentissage entre les différents membres du groupe n'a pas permis l'adhésion de tous. Une évaluation plus précise des besoins va être faite afin de définir une ou des formations mieux adaptées aux besoins de chaque participant.

Perspectives

Enseignements/améliorations possibles : promouvoir une action permettant à chacun des membres du réseau d'intervenir, mettre en place une formation adaptée pour renforcer la cohésion du groupe.

Conditions de réussite pour le transfert de l'expérience dans un autre contexte : Bonne connaissance du contexte local « médiation » (médiateurs/ champs d'actions/ structure), implication du coordinateur pour l'organisation des séances (secrétariat, déroulement de la séance, sollicitation des intervenants...), volonté des médiateurs d'échanger sur leurs pratiques.

Remarques particulières

Le réseau médiation est désormais sollicité par différentes associations de la place pour mettre en place certaines actions de prévention (prévention toxicomanie, prévention danger produits domestiques...).

Annexe 6 : formations et diplômes en médiation

- Les diplômes nationaux

En réalisant une recherche par mot-clef (médiation) sur les certifications enregistrées au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), 24 fiches ont été trouvées.

Un clic sur les intitulés ci-dessous permet d'ouvrir la fiche correspondante.

Intitulé / Ministère	Enseignement supérieur et Recherche	Education nationale CNDP ⁶⁰	Travail, Solidarité et Fonction publique AFPA ⁶¹	Alimentation, agriculture et pêche	Jeunesse et solidarités actives ⁶²
Niveau I					
<u>MASTER Sciences, Technologies, Santé, Mention Histoire, Philosophie et Médiations des Sciences Spécialité Médiations des Sciences</u> Université Bordeaux I (Talence, Gironde)	X				
<u>Administrateur de projet en médiation culturelle</u> EAC Centre d'études supérieures en économie, art et communication	X				
Niveau II					
<u>Licence Professionnelle Activités culturelles et artistiques spécialité Conception et mise en œuvre de projets culturels (médiation culturelle de l'art)</u> Université de Provence (Marseille) Aix-Marseille I	X				
<u>Licence Professionnelle Activités culturelles et artistiques spécialité Métiers de la médiation culturelle appliquée au spectacle vivant</u> Université de Rouen (Mont-Saint-Aignan, Seine-Maritime)	X				
<u>Licence Professionnelle Activités Sportives spécialité Développement social et médiation par le sport</u> Université de Reims Champagne Ardenne (URCA)	X				
<u>Licence Professionnelle Développement et protection du patrimoine culturel option valorisation animation et médiation des territoires ruraux</u> Université Michel de Montaigne (Pessac, Gironde) Bordeaux III	X				
<u>Licence Professionnelle Gestion des ressources humaines spécialité Médiation pédagogique</u>	X				

⁶⁰ <http://www.cndp.fr>

⁶¹ <http://www.afpa.fr>

⁶² <http://www.jeunesse-sports.gouv.fr>

Intitulé / Ministère	Enseignement supérieur et Recherche	Education nationale CNDP ⁶⁰	Travail, Solidarité et Fonction publique AFPA ⁶¹	Alimentation, agriculture et pêche	Jeunesse et solidarités actives ⁶²
Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis					
Licence Professionnelle <u>Intervention sociale option Ecrivain public assistant en démarches administratives et en écritures privées</u> Université Sorbonne Nouvelle (Paris) Paris III	X				
Licence Professionnelle <u>Intervention sociale option médiation sociale</u> Université Droit et Santé (Lille) Lille II	X				
Licence Professionnelle <u>Intervention sociale spécialité Formation de formateurs : développement des compétences de base et médiation des apprentissages</u> Université Paris Descartes Paris V	X				
Niveau III					
DEUST <u>Accompagnement social et éducatif</u> Université Paris Est Créteil Paris XII	X				
DEUST <u>Gestion et médiation sociale</u>	X				
DEUST <u>Médiation et citoyenneté : les interfaces dans les secteurs public et privé</u> Université de Strasbourg II - Marc Bloch	X				
DEUST <u>Médiations sociales et documentaires</u>	X				
DEUST <u>Médiations sociales et documentaires spécialité Animation</u> Université Toulouse I Capitole	X				
DEUST <u>Métiers de la communication et de l'économie sociale</u>	X				
DEUST <u>Métiers de la formation et de la médiation</u>	X				
Formateur " <u>lutte contre l'illettrisme/remédiation linguistique</u> " Association Tetraedre passages					
Niveau IV					
BAC PRO <u>Services de proximité et vie locale</u> créée en 2005		X			
BAC PRO <u>Services en milieu rural</u>		X		X	
TP <u>Technicien(ne) médiation services (TMS)</u> , créée en 2004			X		
Permanencier auxiliaire de régulation médicale Institut de formation en soins infirmiers du lycée Rabelais					
Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS) spécialité « Animation sociale » niveau IV					X

Intitulé / Ministère	Enseignement supérieur et Recherche	Education nationale CNDP ⁶⁰	Travail, Solidarité et Fonction publique AFPA ⁶¹	Alimentation, agriculture et pêche	Jeunesse et solidarités actives ⁶²
Niveau V					
CAP <u>Agent de prévention et de médiation</u>		X			
TP <u>Agent(e) de médiation, information, services (AMIS)</u>			X		

- **Les diplômes supérieurs universitaires**
 - o DU en médiation sociale à Grenoble
 - o DU médiation, à Paris ²⁶³
 - o DU médiation et gestion des conflits à Tours⁶⁴
 - o DUT option médiation
- **Les formations des Instituts Régionaux du Travail Social**
- **Les formations de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**
 - o Diplôme de 1^{er} cycle : sciences sociales et action de médiation
 - o Certificat de compétence « pratiques de la médiation »
 - o Certificat de compétence « médiation culturelle »
 - o Certificat professionnel Médiation urbaine
- **Les formations du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT)**
 - o Stage de 5 jours : Développement de la médiation culturelle
- **Diplôme d'Etat de médiateur familial**
- **Autres** organismes de formation
 - o France médiation, depuis 2009 (cf. catalogue des formations)

⁶³ http://www.u-paris2.fr/36163832/0/fiche_formation/&RH=AUTRES_DSU

⁶⁴ http://www.univ-tours.fr/22301821/0/fiche_pagelibre/&RH=1188900157636

Guyane Promo Santé (IREPS/CRIPS Guyane)

59 avenue Voltaire – 97 300 Cayenne.

Tel : 0594 30 13 64 – Télécopie : 0594 35 84 80

Courri@l : contact@gps.gf

Site Internet : www.gps.gf

Mission France Guyane de Médecins du Monde

32 rue Vermont Polycarpe – 97 300 Cayenne.

Tel : 05 94 28 36 77

Courri@l : mdmmfcayenne@yahoo.fr

Site Internet : www.medecinsdumonde.org