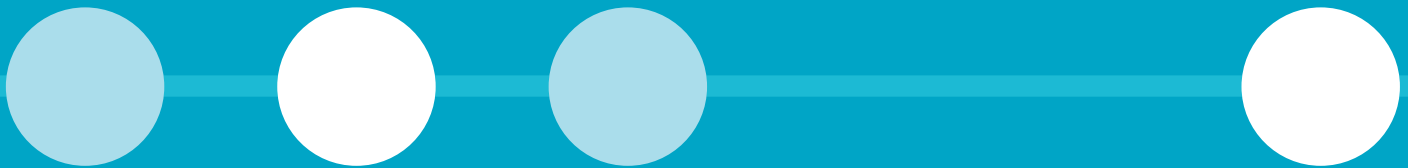


PROFESSION BANLIEUE  
FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS  
HÔPITAL AVICENNE

# La médiation sociale et culturelle dans le secteur hospitalier

RENCONTRE DÉBAT DU 14 AVRIL 2010

Salle des fêtes de l'hôpital Avicenne, Bobigny



**PROFESSION  
BANLIEUE**

---

Directrice de publication : Bénédicte Madelin  
Texte établi par Cécile Fleureau  
Bibliographie réalisée par Elsa Micouraud

Création-réalisation Claire Péraro – octobre 2010



## PROPOS INTRODUCTIFS

5

**Bénédicte Madelin,**

directrice de Profession Banlieue

**Lydie Rappaport,**

présidente de la Fédération  
des associations de femmes-relais  
de Seine-Saint-Denis

**Sylvie Lariven,**

direction qualité, gestion des risques  
et des droits des patients,  
hôpital Avicenne

### HÔPITAL AVICENNE

## 9 Le programme

« Mères nourricières »

### 9 Naissance et genèse d'un projet de médiation sociale et culturelle

**Marie-Christine Lebon,**  
psychologue  
au service Maladies  
infectieuses et tropicales  
de l'hôpital Avicenne

### 11 Sarah Mas-Miangu, médiatrice sociale et culturelle de l'Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin

### 12 TÉMOIGNAGE **Rahmouna Laslah,** femme-relais médiatrice à l'AFMSCP

### HÔPITAL AVICENNE

## 13 « La médiation sociale et culturelle est fondamentale à l'hôpital »

**Olivier Bouchaud,**  
chef du service  
Maladies infectieuses  
et tropicales  
de l'hôpital Avicenne

## 17 La médiation à l'hôpital. Témoignages

### 17 ERI: Espace de rencontre et information (hôpital Avicenne)

**Lynda Belhia,**  
médiatrice de santé publique

### 19 Association Bondeko (hôpital de Gonesse)

**Antoinette Mba,  
Élisabeth Dianzeka,**  
médiatrices  
à l'association Bondeko

## 21 ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES



# La médiation sociale et culturelle

3

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE • RENCONTRE-DÉBAT – 14 AVRIL 2010

# dans le secteur hospitalier



## Propos introductifs

**J**e voudrais tout d'abord remercier l'hôpital Avicenne de nous accueillir aujourd'hui dans ses locaux. Dans la continuité d'un travail que Profession Banlieue et la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis ont engagé depuis 1995, nous poursuivons notre réflexion sur la professionnalisation et la qualification de tous les acteurs de la médiation sociale et culturelle.

Cette année, une première rencontre a porté sur la médiation sociale en milieu scolaire. Nous traiterons aujourd'hui de la médiation sociale dans le cadre du secteur hospitalier. Enfin, lors d'une troisième rencontre ultérieure, nous aborderons le thème de la médiation sociale dans le domaine de la culture.

Spontanément, un certain nombre de femmes des quartiers défavorisés de la politique de la ville ont un jour ressenti le besoin de répondre à un manque. Aujourd'hui, ces fonctions de médiation qu'elles ont initiées se développent, se structurent, témoignant des besoins de médiation dans un certain nombre de secteurs de la société et de l'existence d'un métier nouveau. L'objectif de ces rencontres est de mettre en évidence ces besoins et les fonctions et métiers qu'ils suscitent.

Profession Banlieue tient à rendre hommage à l'action qui est menée dans cet hôpital par l'Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin, action exemplaire qui lui a valu le prix Pierre-Simon Éthique et Société de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris remis en novembre 2009 à Sarah Mas-Miangu.

**Bénédicte Madelin,**  
directrice de Profession Banlieue

J'ai choisi d'introduire mon propos par un court résumé de l'histoire de la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis que j'ai l'honneur de représenter.

Dans le cadre de la politique de regroupement familial des années 1980, de nombreuses familles, essentiellement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne, sont venues habiter dans les banlieues de nos grandes villes, sans aucuns repères pour s'insérer dans la société française. C'est de l'observation de l'activité de certaines femmes, qui accompagnaient leurs voisines dans de multiples démarches, qu'est née l'idée d'organiser cette fonction d'accompagnement bénévole en un métier de médiation.

Les femmes-relais médiatrices ont pour vocation d'intervenir quand le dialogue s'avère difficile ou impossible entre des personnes et les institutions auxquelles elles s'adressent. Il était pour nous indispensable que ce travail bénévole soit reconnu à sa juste valeur, donc salarié. En 1993, le contrat emploi solidarité (CES) permettait enfin à la fonction de femmes-relais de sortir du bénévolat.

En 1995, Profession Banlieue et les associations de femmes-relais de Bondy, Clichy-sous-Bois – Montfermeil, Noisy-le-Sec et Pantin organisent un groupe de travail pour élaborer, en s'appuyant sur les pratiques professionnelles des unes et des autres, un référentiel commun qui permette de reconnaître et de définir le métier de femmes-relais<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Profession Banlieue, *Référentiel femmes-relais*, 1997 (2<sup>e</sup> édition augmentée des contributions d'Élisabeth Dugué et d'Élisabeth Maurel, 2001 ; réédition 2003), Saint-Denis, Profession Banlieue, 2006 (coll. Groupes de travail).

En 2000, la création des emplois adultes-relais favorise l'augmentation du nombre de femmes-relais ainsi que le nombre d'associations les rassemblant et les structurant. Rapidement, il apparaît indispensable de regrouper les différentes associations en une fédération dont le rôle est de promouvoir la fonction des femmes-relais comme un véritable métier, nécessitant de ce fait formation et professionnalisation. Il s'agit également de poursuivre la réflexion sur ce métier, d'analyser des pratiques en perpétuelle évolution, en lien avec les besoins des populations, puis d'œuvrer pour la pérennisation de la fonction et sa reconnaissance officielle. La Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue organisent pour cela, avec Institut régional du travail social (IRTS) de Paris une formation de femmes-relais médiatrices qui leur permet de partager un même fonds de connaissances et de pratiques.

La Seine-Saint-Denis compte aujourd'hui quarante-cinq femmes-relais qui, dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience, sont titulaires du titre de niveau 4 de « technicien médiation services ».

Dans le même temps, un groupe de travail animé par l'IRTS et Profession Banlieue, regroupant toutes les associations de la fédération, rédige une charte de déontologie. L'objectif est d'améliorer l'identification et la visibilité des associations auprès des partenaires institutionnels mais aussi et surtout d'aider les femmes-relais à se positionner par rapport à eux d'une part, par rapport aux usagers d'autre part. Il s'agit donc d'aider les femmes-relais à définir le métier, les missions, les domaines d'intervention, les conditions d'exercice et les aspects déontologiques au regard de la législation – dont la question éminemment importante du secret pro-

fessionnel, qui fait partie de la pratique quotidienne des femmes-relais, dans leurs relations avec les usagers comme dans le cadre de réunions pluri-professionnelles. Je tiens à dire que nous avons été particulièrement fières et heureuses du prix Éthique et Société reçu par l'association de Pantin, que nous avons perçu comme un signe de reconnaissance de la qualité de notre activité.

Pourtant, faute de moyens, de nombreuses associations sont aujourd'hui en péril. Deux associations de notre fédération ont fermé leur porte, d'autres disparaissent ailleurs. Il est primordial de faire connaître et reconnaître notre activité de la manière la plus large. Nous travaillons aujourd'hui à la reconnaissance de ce métier de médiation sociale et culturelle auprès de tous nos partenaires (éducation, santé, travail social) et nous employons à faire connaître le plus largement possible, au sein de la fédération comme à l'extérieur, les activités de médiation qui nous semblent particulièrement réussies. Il est urgent de montrer l'originalité de l'activité des femmes-relais et leur nécessité dans de multiples secteurs.

**Lydie Rappaport,**  
présidente de la Fédération  
des associations de femmes-relais  
de Seine-Saint-Denis

**J**e suis ravie de vous accueillir à l'hôpital Avicenne; c'est pour moi une preuve de la richesse et de la diversité de la vie hospitalière.

L'hôpital est perçu comme l'espace de la maladie, de techniques toujours en évolution, d'un langage spécifique... un espace hermétique trop souvent associé à l'image de la déshumanisation. Or l'hôpital touche à l'intimité de chacun et, dans la réalité, ne peut constituer un espace clos sur lui-même. Parler de médiation sociale à l'hôpital est de ce point de vue symbolique de cette reconnaissance de l'ouverture de fait de l'hôpital.

Il n'est certes pas toujours évident d'entrer dans le monde de l'hôpital, surtout quand on est en souffrance, en attente ou dépendant. Nous avons bien sûr besoin des hospitaliers, mais certainement aussi de clés, de portes d'entrée, de partenaires et d'accompagnements divers, que l'on ne trouve pas nécessairement à l'hôpital.

Je vois pour ma part ce rôle et cette fonction de médiation sociale comme le lien, très important, entre la vie quotidienne, son intimité, et cette entrée, souvent difficile, dans le monde de l'hôpital.

Nous avons essayé de favoriser cette médiation au sein de notre propre structure, au travers du service social des malades. Cette structure interne à l'hôpital a bien évidemment un rôle à jouer en tant que telle; mais elle fait aussi le lien avec des partenaires extérieurs, comme l'Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin, qui permettent de prendre en compte la vie du patient avant et après l'hôpital.

Nous avons également la chance d'avoir un espace de rencontre et d'information (ERI); axé actuellement

sur le cancer, il doit se développer prochainement sous la forme d'une Maison d'information santé ouverte à d'autres pathologies. C'est également un lieu qui permet de faire le lien entre la vie avant et après l'hôpital. L'hôpital est un passage.

●  
**Sylvie Lariven,**  
direction qualité, gestion des risques  
et des droits des patients,  
hôpital Avicenne

# La médiation sociale et culturelle

7

**Propos introductifs**

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE • RENCONTRE-DÉBAT - 14 AVRIL 2010

# dans le secteur hospitalier





## Le programme « Mères nourricières » (1)

### Naissance et genèse d'un projet de médiation sociale et culturelle

**MARIE-CHRISTINE LEBON**, psychologue  
au service Maladies infectieuses et tropicales  
de l'hôpital Avicenne

Le professeur Robineau, qui n'a pas pu être parmi nous aujourd'hui, était le chef de service des maladies infectieuses à l'époque où nous avons mis en place le programme « Mères nourricières » avec les femmes médiatrices. Je commencerai par un texte qu'il m'a chargée de vous lire, pour que sa parole soit là aujourd'hui.

« Le fil conducteur de ce travail était de partir de la situation des malades hospitalisés, de ce qu'ils ressentaient, de ce qu'ils disaient, et de travailler en équipe avec des volontaires du terrain afin de satisfaire une demande qui paraît extrêmement légitime, celle d'une alimentation répondant aux besoins des malades, une alimentation « exotique », emblème d'un vrai métissage des soins.

C'est une initiative prise dans le sens d'une médecine attentive au moins à un confort possible pour le malade. C'est aussi une mise en pratique de l'éthique clinique : partager en équipe une certaine idée de la médecine et du prendre soin et prendre à revers les attitudes fermées, les certitudes définitives, voire défensives. C'est une intégration de ce travail dans un programme de démocratie sanitaire et une volonté de ne pas se laisser conditionner par les seules habitudes occidentales.

*Entre 1968 et 1974, j'ai connu à l'hôpital Claude-Bernard, avec le professeur Gentilini, au pavillon Laveran, un début embryonnaire de ce qui se passe aujourd'hui à Avicenne. Les médecins avaient réussi à obtenir qu'il y ait à chaque repas des portions de riz, dénominateur alimentaire commun aux Africains, aux Asiatiques et aux Indiens. Quand je suis arrivé à Avicenne, j'ai essayé de reproduire la même chose, mais j'ai rencontré des difficultés liées aux « limites administratives » de l'époque. Je tiens à souligner le rôle décisif, en 2001, d'une administration compréhensive, ouverte, acceptant de concilier hygiène nutritionnelle et éthique. Cette expérience est une chance exceptionnelle pour l'hôpital de montrer comment on peut aborder les patients dans leur globalité. »*

Je vais maintenant vous raconter comment ce type de travail a vu le jour.

À la fin des années 1990, la médecine commence à avoir des médicaments antirétroviraux efficaces. À cette même époque, quand le sida sort de ce que l'on a appelé le ghetto des populations à risque (homosexuels et prostituées) pour devenir une maladie hétérosexuelle, on commence à voir arriver des patients migrants séropositifs, notamment du continent africain en proie à de nombreux conflits.

La médiation sociale et culturelle

Le programme « Mères nourricières »

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE •  
RENCONTRE-DÉBAT - 14 AVRIL 2010

dans le secteur hospitalier

Marie-Christine Lebon

Ces patients accueillis dans le service sont dans un état somatique beaucoup plus alarmant que celui de la plupart des patients occidentaux dont nous nous occupons jusqu'à présent. Ils n'ont parfois pas de papiers, vivent dans la peur, viennent à l'hôpital en dernière extrémité et demandent bien souvent à en sortir de manière prématurée. Ils nous disent que l'hôpital leur fait peur, que ce n'est pas comme cela chez eux, que leur famille n'est pas là et qu'ils se sentent isolés. Ils ont pourtant quelquefois de la famille, mais ils ne le disent pas : ils ne veulent pas lui avouer leur séropositivité. Un scanner, une prise de sang, tout ce qui est habituel pour nous, ils le ressentent comme des actes extrêmement violents et intrusifs. Ne mangeant pas la nourriture proposée par l'hôpital, ils maigrissent. Quand on sait que le sida est considéré en Afrique comme « *la maladie qui fait maigrir* », on comprend ce que vivent ces patients pour qui maigrir revient à porter une pancarte « sida » autour du coup. Puis, comme ils continuent à maigrir, ils pensent qu'on ne leur donne pas les bons médicaments, et perdent confiance dans le traitement.

Un jour, un patient est arrivé dans le service dans un état très grave ; il était séropositif et avait contracté une maladie opportuniste. On l'a soigné, mais il était arrivé à un tel stade d'amaigrissement (34 kg) que, quoi que l'on fasse, il continuait à maigrir : son corps n'acceptait aucune nourriture. Il était dans un état cachectique, ne pouvait plus se lever, et réclamait pourtant sa sortie. Paradoxalement, le plus grand risque qu'il encourrait était celui de mourir de faim au sein d'un service hospitalier ! Alors que nous avions au début une très bonne alliance thérapeutique avec lui, celle-ci commençait à s'effriter : nous n'étions capables ni de le guérir, ni de le faire grossir, et tout le monde allait savoir qu'il était séropositif.

Ici, à l'hôpital, l'alimentation étant peu appétissante pour un patient africain (forme, goût, odeur, etc.), elle peut ne pas être bien tolérée. En Afrique, les parents apportent le repas au malade hospitalisé. C'est en discutant à l'extérieur de l'hôpital de cette problématique que quelqu'un m'a parlé d'une association de Pantin qui avait une formation en cuisine collective. Nous avons alors voulu essayer de reproduire la pratique africaine au sein du service, où nos patients sont très isolés. Or, à cette époque, faire entrer de la nourriture à l'intérieur de l'hôpital était impensable. Mais un jour, le chef de clinique, alarmé par l'état de ce patient, a pris le risque de franchir le pas. Le lendemain, les femmes médiatrices étaient dans le service et, au bout d'un certain temps, ce patient a recommencé à s'alimenter. Pendant une semaine, il n'a accepté de manger que du plantain – c'était insuffisant, et nous avons maintenu en complément les sondes alimentaires. Puis il a progressivement accepté l'introduction de nourritures plus riches et plus complexes.

Nous avons alors rencontré la direction de l'hôpital pour tenter de la convaincre du bien-fondé de cette démarche qui représentait une grave infraction au règlement. Elle nous a appuyés, et c'est ainsi que nous avons mis en place une procédure administrative pour être en conformité notamment avec les directives d'hygiène alimentaire de l'Assistance publique. C'est ainsi que le programme des « mères nourricières » a été lancé ; je crois que sa réussite tient bien sûr à la qualité des médiatrices, mais qu'il est indispensable également qu'il y ait une demande de la part du service.

Les femmes-relais médiatrices nous permettent aujourd'hui de renforcer un lien positif, maternant et culturellement signifiant avec le patient migrant dans son parcours de santé. ●

## Le programme « Mères nourricières » (2)

**SARAH MAS-MIANGU,**  
médiatrice sociale et culturelle  
de l'Association des femmes médiatrices sociales  
et culturelles de Pantin

L'Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin (AFMSCP) est financée par Sidaction pour ce programme de médiation à l'hôpital et intervient principalement dans le service des maladies infectieuses, mais aussi, de manière très ponctuelle, dans d'autres services.

Comment se déroule notre accompagnement? Quand elle considère qu'un patient a besoin de nous, la psychologue du service des maladies infectieuses, Marie-Christine Lebon, nous appelle. Nous rencontrons ce patient, lui parlons des actions que nous menons au sein de l'association et lui proposons un menu. Nous ne lui imposons rien, c'est à lui de décider s'il veut s'engager dans cette démarche et, s'il l'accepte, c'est lui qui choisit ce qu'il veut manger – en fonction bien sûr de ce que permet son état de santé. Les malades sont parfaitement conscients de leur état, ce sont eux qui savent ce que leur corps va pouvoir accepter. Ce n'est pas par exemple parce que le plat est africain qu'ils pourront le manger. Mais, dans tous les cas, nous essayons de rester au plus près de leurs choix.

Pourquoi et comment avons-nous pu être intégrées dans l'hôpital? C'est

un formidable travail avec l'équipe des diététiciennes, impliquant un strict respect du protocole de sécurité alimentaire de l'hôpital, qui nous a permis d'y être intégrées.

La préparation des plats se déroule dans la cuisine de l'hôpital. Cette cuisine est bien équipée, nous disposons de tout ce dont nous avons besoin et sommes encadrées par les diététiciennes, qui nous guident dans la confection des menus en lien avec la pathologie des patients (dosage de sucre, de sel, etc.). Les denrées alimentaires fragiles comme la viande et le poisson sont fournies par l'hôpital, nous achetons de notre côté les fruits exotiques, les piments, les épices... Nous nous vêtissons de la tenue réglementaire (gants, charlotte) et veillons à ce que la température des aliments soit constante entre le départ de la cuisine et l'arrivée dans la chambre. Mais quel plaisir de présenter ces repas aux patients!

75 % des malades du service étant d'origine africaine, beaucoup de nos plats sont issus de ce continent. Ça sent bon dans le service, et peut-être cela donne-t-il envie aux patients de manger des plats du pays.

Nous présentons le repas au patient et, surtout, nous le partageons avec

lui. Le repas n'est qu'un support pour permettre un contact, créer une relation avec la personne, être à son écoute pour éventuellement l'accompagner, faire le relais auprès de l'équipe soignante. En Afrique, on ne peut pas préparer un repas pour quelqu'un sans le goûter soi-même. Nous tissons un lien avec ces malades qui sont souvent très isolés, marginalisés par cette pathologie très lourde. Bien sûr, nous ne pouvons pas nous substituer aux familles; néanmoins, beaucoup nous considèrent comme leur famille, leurs mères « nourricières ».

Ainsi, par la relation qui se crée, nous ne soignons pas seulement la maladie, et notamment le manque d'appétit, mais le malade; il s'agit d'une démarche globale.

À leur sortie de l'hôpital, nous proposons aux malades de venir nous rencontrer dans les locaux de l'association pour participer aux activités, l'idée étant qu'ils entrent en contact avec d'autres et reprennent ainsi goût à la vie.

Nous travaillons également avec le service social et faisons beaucoup d'accompagnements des patients dans leurs démarches administratives. Le travail conjoint des assistantes sociales de la ville et des assistantes sociales de l'hôpital permet d'assurer une continuité absolument fondamentale dans le suivi des patients.

Quelle est notre formation? Nous sommes formés à la médiation, à l'écoute et à l'accompagnement. Nous avons suivi des formations continues avec les partenaires ainsi qu'une validation des acquis de l'expérience. Pour ma part, j'ai obtenu le titre de technicien médiation services, reconnu par le ministère du travail. La Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue nous aident dans ce sens, puisqu'ils ont mis en place une formation longue de 420 heures assurée par l'Institut régional du travail social de Paris où l'on travaille de façon très approfondie sur la relation d'aide. Je participe également à de nombreux groupes de travail au sein de l'hôpital,

sur l'éthique, l'interculturalité, etc.; nous avons également des temps d'échange avec les médecins. Tout cela est très riche, nous apprenons beaucoup dans ces groupes de réflexion et ils nous permettent vraiment d'évoluer.

Les femmes-relais médiatrices peuvent être amenées à accompagner des patients en fin de vie et vivent des choses extrêmement lourdes. Il y a des moments très difficiles, j'ai peur quelquefois. L'hôpital est un monde de souffrance, la mort est là, ce n'est pas gai. Nous avons vu la mort, puis nous rentrons à la maison et tout est présent en nous, tous les jours. Il faut de la force; la compassion que nous avons pour ces patients nous permet de tenir. Quand les personnes se sentent mieux, rentrent chez elles, c'est comme une renaissance.

Pour faire face à tout cela, les supervisions sont pour nous indispensables. Marie-Christine Lebon a mis en place des temps de réunion réguliers avec les femmes-relais médiatrices pour que nous puissions partager nos expériences, nos interrogations concernant les patients. C'est ce qui nous permet de supporter ce poids et de pouvoir continuer notre travail auprès d'eux. J'ai appris ainsi beaucoup de choses, je sais maintenant comment me contrôler et me protéger pour continuer à faire ce travail difficile qui doit être un choix personnel: la personne qui s'engage dans cette démarche doit être prête à le faire. Ainsi, dans notre équipe, certaines femmes étaient ravies de préparer des repas pour les malades mais ne voulaient pas aller dans le service au contact des malades. C'est tout à fait normal.

#### TÉMOIGNAGE. **Rahmouna Laslah**, femme-relais médiatrice à l'AFMSCP

« Je m'occupais d'une patiente en fin de vie et c'était très lourd pour moi parce qu'elle était maghrébine et que cela faisait résonance en moi: je la voyais comme ma maman qui est en Algérie, très loin de moi. Or je ne suis qu'une simple médiatrice, je ne suis ni infirmière ni médecin, je ne sais rien de l'hôpital et n'étais pas préparée à ce genre de situation. Un jour, cette patiente m'a demandé que je lui fasse du pain de chez nous, mais elle ne l'a pas mangé. Mme Lebon, la psychologue, m'a dit que ce n'était pas grave et que, même si elle ne l'avait pas mangé, dans sa tête c'était comme si elle l'avait fait. Quand on m'a annoncé la mort de cette femme, cela a été très dur pour moi. Heureusement, j'ai pu participer à des groupes de suivi psychologique.

Tout n'est pas simple à l'hôpital sur le plan relationnel mais je m'y sens très bien. J'ai trouvé ma place parce que je sais ce que je suis. Je ne suis pas infirmière, je ne suis pas médecin, je suis médiatrice et je le reste. La médiation est dans cette interface qui permet à la fois à l'hôpital de s'adapter au patient et au patient de s'adapter aux contraintes de l'hôpital. Je ne prends la place de personne. La charte de déontologie\* nous aide à prendre du recul sur ce plan. Il est également important de se faire connaître. Je me suis présentée à tous dès le départ; dans le service, on sait maintenant qui je suis, personne ne se pose de questions sur ma présence. »

\* Profession Banlieue, *Les Femmes-relais médiatrices sociales et culturelles: des principes déontologiques, un métier*, Saint-Denis, Profession Banlieue, 2006 (coll. Groupes de travail).

#### ● AFMSCP

Centre social

Maison de quartier Les Courtilières

13, av. de la Division-Leclerc

93500 Pantin

HÔPITAL AVICENNE

## « La médiation sociale et culturelle est fondamentale à l'hôpital »

**OLIVIER BOUCHAUD**, chef du service  
Maladies infectieuses et tropicales  
de l'hôpital Avicenne

**J**e souhaite tout d'abord remercier les personnes qui m'ont invité à venir parler ici du travail que font les médiatrices, les médiateurs et les acteurs du secteur social au sens large du terme. C'est pour moi un aspect absolument fondamental de la vie d'un service hospitalier et de la vie d'un hôpital public. J'en profite pour remercier ces personnes qui s'occupent de nos patients dans une complémentarité avec notre action plus directement hospitalière. Merci aux femmes-relais médiatrices de Pantin pour ce qu'elles font dans le service, auprès de nos patients, et plus particulièrement pour nos patients migrants.

Je souhaiterais resituer l'action que mènent les femmes médiatrices de Pantin à travers le programme « Mères nourricières » dans le cadre de l'ensemble des actions menées en direction des migrants dans notre service.

La motivation essentielle de l'introduction des femmes médiatrices auprès des patients infectés par le VIH, et d'une façon générale dans l'hôpital, était de pouvoir procurer aux patients notamment d'origine étrangère une alimentation plus conforme à leur goût habituel, pour améliorer et promouvoir leur nutrition, ce qui

constitue un paramètre fondamental du parcours de soins, particulièrement chez les patients infectés par le VIH.

Mais il ne faut pas se cacher derrière cette première motivation: les patients restant heureusement hospitalisés peu de temps, le gain purement nutritif est relativement limité. Le bénéfice de cette alimentation mieux adaptée va bien au-delà de l'apport d'un supplément de protéines dans un corps malade. Il s'agit surtout d'accompagnement, de relation, d'affection, et de promouvoir toute la dimension humaine sans laquelle un corps ne peut pas s'améliorer, surtout quand il est très malade. C'est pour cela que l'action des femmes médiatrices et des associations en général est absolument fondamentale.

Cette action a d'ailleurs valu à l'équipe des « Mères nourricières » pilotée par Sarah Mas-Miangu le prix Pierre-Simon Éthique et Société, ce qui est extrêmement fort symboliquement: l'accompagnement des malades, au-delà de la simple prise en charge de la santé au sens strict du terme, a de plain-pied à voir avec l'éthique, et je dirais volontiers avec *une obligation éthique*, voire déontologique. Nous aimerions que ce genre d'actions puisse être généralisé

**La médiation sociale et culturelle**  
« La médiation sociale et culturelle est fondamentale à l'hôpital »  
**dans le secteur hospitalier**

Olivier Bouchaud

et ne soit pas limité à un service ou à quelques services ; et que nos sociétés modernes qui se vantent, à juste titre, d'avoir amélioré la santé de nos concitoyens prennent en compte cette dimension absolument fondamentale.

En plus de cette action de nourrissage, les médiatrices accompagnent les patients, de façon beaucoup plus large, dans leurs différentes démarches.

Nous avons également à l'hôpital une autre médiatrice, de l'association Afrique Partenaires Services, qui fait du *cocooning*. Elle n'a pas de compétences médicales particulières mais passe voir nos patients, essentiellement nos patients africains puisque c'est une personne qui est originaire d'Afrique de l'Ouest et qui parle pratiquement toutes les langues véhiculaires de cette région. Elle passe les voir pour leur dire bonjour, pour leur parler de la pluie et du beau temps, pour leur demander comment ils vont, s'il y a des choses à transmettre à l'équipe médicale, et cela de façon extrêmement humble et discrète.

Elle joue un rôle considérable dans le lien qu'il y a entre les patients et l'équipe médicale. Ce sont de petites choses qui sont très peu valorisées, dont très peu de gens se rendent compte, mais qui jouent un rôle que même nous, soignants, sous-évaluons et dont je considère qu'il est absolument fondamental pour que nos patients se sentent un petit peu plus à l'aise dans un monde hospitalier vécu comme extrêmement agressif, particulièrement dans certains états de soumission sociale et de soumission du corps comme c'est fréquemment le cas à l'hôpital. Certains d'entre vous sont peut-être malheureusement passés par la case lit d'hôpital et savent ce que c'est que d'être au fond d'un lit pieds et poings liés, confronté

à la technicité et à « ceux qui savent ». Ces petits liens-là permettent de redynamiser le ressort que l'on a tous en nous qui permet de mieux se soigner. Ce n'est pas seulement mettre du baume au cœur, c'est un vrai outil de soin.

Nous travaillons également beaucoup avec l'association La Résilience, qui œuvre dans le champ de l'infection par le VIH. Pourquoi parle-t-on beaucoup d'infection par le VIH quand on parle de relais associatifs ? Parce que, et particulièrement dans un département comme la Seine-Saint-Denis, l'infection par le VIH représente la quintessence de toutes les difficultés que peuvent rencontrer des patients : dans leur tête, dans leur corps, dans leur environnement social, familial, affectif. C'est là où il y a peut-être encore plus de besoins que dans d'autres domaines, là où les besoins sont les plus larges.

Nous avons monté avec l'association La Résilience une structure d'accompagnement et d'observance pour aider nos patients à mieux « prendre leur traitement », mais dans une acception large, bien au-delà de la prise du traitement au sens strict : les aider à se sentir plus « à l'aise » dans leur maladie.

Plus récemment, nous avons monté, toujours avec La Résilience et avec d'autres associations partenaires, un endroit que l'on appelle officiellement espace d'accueil et d'accompagnement et que l'on surnomme « la plage ». C'est un appartement qui se situe dans la cité Grémillon, en face de l'hôpital, où les patients VIH, essentiellement migrants africains mais pas exclusivement, peuvent se retrouver. C'est un lieu dédié au patient et complètement démedicalisé, où, si un patient a envie de dire ouvertement qu'il ne prend pas son traitement, qu'il ne veut pas le prendre, il en a parfaitement le droit.

Cet appartement est dédié aux patients. Ils peuvent y déjeuner et, pour un certain nombre d'entre eux qui vivent dans une grande détresse socio-économique, ce repas, qui constitue parfois leur seul repas correct par jour, c'est déjà beaucoup. Mais, surtout, les malades y bénéficient de tout le lien social entourant un repas : préparer le repas, mettre la table, manger ensemble... Cela leur permet de retrouver une dignité sociale, de reprendre pied dans la vie – notamment pour ceux qui, arrivés récemment en France, entrent dans la maladie et sont souvent dans un désarroi extrêmement profond sur tous les plans –, de retrouver de la confiance en eux et de se persuader qu'ils peuvent s'en sortir – ce qu'ont fait beaucoup d'autres qui viennent à cet espace et qui leur servent d'exemple.

Je citerai également le lien que nous avons avec l'association Inter Service Migrants qui, même si elle est loin d'être liée directement au service, nous apporte une aide considérable sur l'interprétariat pour les patients qui maîtrisent mal le français, voire qui ne parlent pas du tout.

Je suis en effet très peiné de voir combien, dans le milieu médical et socio-sanitaire, on est hésitant à avoir recours à la médiation interprétariale qui est pourtant absolument indispensable, notamment dans le cas de maladies lourdes comme les hépatites, la tuberculose, le diabète, l'hypertension, toutes ces maladies que l'on a de la peine à comprendre et qui nécessitent un traitement au long cours. Si l'on ne peut pas exprimer ses inquiétudes, ses angoisses, ses interrogations, tout le rapport que l'on a à sa vie affective, personnelle, familiale, le désir d'enfant, les rapports de couple, etc., si l'on ne peut pas exprimer ces choses lourdes et complexes dans sa langue maternelle, on ne peut pas aller au fond des difficultés, on reste au bord du chemin...

Heureusement, la direction de l'hôpital Avicenne ne nous limite jamais en matière d'interprétariat. L'interprétariat par téléphone, notamment, ne coûte pas très cher. Pourtant, il existe dans certains hôpitaux des freins forts concernant les services d'interprétariat hors situations exceptionnelles; ce qui est un contresens, y compris sur un plan purement économique, puisqu'une bonne compréhension de la prise en charge permet de raccourcir les durées d'hospitalisation, une meilleure adhésion du patient au traitement, une guérison ou une amélioration de l'état de santé plus rapide. En termes de coûts, la collectivité s'y retrouve largement. Sans parler évidemment du bénéfice individuel pour les patients.

Pourquoi parler de la dimension sociale du soin? Et pourquoi les actions d'accompagnement des patients menées à l'hôpital Avicenne concernent-elles principalement les migrants? Tout simplement parce que, en Seine-Saint-Denis, la proportion de personnes d'origine étrangère est importante, que le niveau socio-économique des migrants est en moyenne un peu plus faible que celui de la population générale et que beaucoup de ces patients se trouvent dans des situations sociales, et par ricochet psychologiques, parfois extrêmement difficiles. Il y a donc en Seine-Saint-Denis des besoins spécifiques aux migrants peut-être un peu plus importants que dans le reste du territoire – même si, et particulièrement en Seine-Saint-Denis, ces besoins d'accompagnement sont aussi très importants pour toute la population.

Pourquoi entrer dans cette dimension sociale? On entend très souvent des voix qui murmurent que la médecine a beaucoup progressé en matière de diagnostic et de traitement et que les patients n'ont qu'à prendre les médicaments et suivre les recommanda-

tions que leur donnent les soignants et notamment les médecins.

Mais dans la vraie vie, cela ne se passe pas aussi simplement. Le corps, notamment le corps malade, et le reste de l'individu sont absolument indissociables, et cela est vrai y compris chez les personnes qui véhiculent ce genre de propos à la gloire du tout médical. Et, puisque cette scission est impossible – et de toute façon pas souhaitable –, il faut, au-delà du soin en tant que technique, entrer dans cette dimension de l'accompagnement qui relève pleinement de ce que l'on appelle le service public.

Nos sociétés ne peuvent bien fonctionner que quand elles sont bâties sur le lien social. Dans le cadre notamment de la santé, ce lien social est beaucoup véhiculé par l'institution – qui parfois prend sans doute un peu trop de place. L'institution en lien avec ce rapport social aux personnes peut s'exprimer de façon particulièrement importante dans le cadre d'un service public, c'est-à-dire dans le cadre d'un service qui devrait être au service du public et non pas, pardonnez mon insistance, au bénéfice d'une poignée d'actionnaires qui n'ont rien à faire et à voir avec la santé des personnes malades.

Malheureusement, et vous excuserez ces quelques propos à consonance politique, on tente actuellement de nous pousser dans cette espèce de trou noir dont on sait qu'il constitue une impasse, impasse à laquelle nos compatriotes américains – nous sommes tous citoyens du monde – essaient justement d'échapper et dont on sait très bien qu'elle ne fonctionne pas et coûte plus cher que le système actuel.

Ce lien social et cet accompagnement qu'apportent les associations, et en l'occurrence les femmes médiatrices, ont leur légitimité parce

# La médiation sociale et culturelle

## « La médiation sociale et culturelle est fondamentale à l'hôpital »

# dans le secteur hospitalier

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE • RENCONTRE-DÉBAT – 14 AVRIL 2010

Olivier Bouchaud

que l'hôpital, dans sa dimension institutionnelle, ne peut le faire. Pourquoi? Parce que nous tous, les soignants, les gens en blouse blanche, par notre formation initiale d'abord puis par notre formation professionnelle – avec des nuances et des variations très importantes selon les individus – sommes préformatés à aborder les patients selon un angle très particulier.

Il faudrait certainement que, dans les écoles de médecine et dans les écoles d'infirmières, on développe davantage la notion de ce que l'on appelle *l'alliance thérapeutique* avec les patients. Je suis d'ailleurs toujours très surpris de voir que ce mot d'alliance, qui est la base de l'amélioration de la santé des patients, soit si peu connu de nos étudiants. D'ailleurs, ces termes d'alliance thérapeutique, je les ai appris moi-même, à ma grande honte, assez récemment, en arrivant à l'hôpital Avicenne. Chantal Deschamps<sup>2</sup> m'a dit un jour: « Olivier, tu fais de l'alliance thérapeutique sans t'en rendre compte. » J'ai alors réalisé que, pendant toutes mes études de médecine – et Dieu sait si elles sont longues! – et pendant toute une partie de ma vie professionnelle, je n'avais jamais entendu ces termes. Même si j'en connaissais de fait le concept, cela en dit long quant au préformatage des soignants à une dimension très technique du soin et quant au risque de déshumanisation que cela induit.

Dans la vie très institutionnelle de l'hôpital, nous avons besoin de personnes qui viennent de la vie civile.

Il y a en effet certaines dimensions, inconscientes, dans lesquelles nous soignants ne voulons pas entrer, pour

nous protéger nous-mêmes, nous qui sommes confrontés, dans le quotidien avec les patients, à la peur de notre propre souffrance et de notre propre mort. Pour toutes ces raisons, aux côtés des outils diagnostiques et thérapeutiques, nous avons besoin de médiatrices, d'une « intrusion » de la vie civile, celle des gens de tous les jours, qui ne sont pas dans le soin et dans la technicité médicale en permanence. Ces personnes permettent d'aller vers le versant absolument fondamental de la guérison: le versant symbolique. Je suis personnellement convaincu, et ne suis évidemment pas le seul, que, dans l'amélioration de la santé ou la guérison, et *a fortiori* lors de maladies lourdes, le côté technique et médical (le diagnostic, le traitement, le suivi...) compte pour à peu près 50 %; tout le reste, c'est-à-dire l'alliance thérapeutique, fait les autres 50 % (cette évaluation, évidemment ne relève que de ma conviction et est invérifiable...).

Malheureusement, beaucoup de soignants, de médecins, ne perçoivent pas cette autre moitié du chemin que le patient doit parcourir. De nombreux patients sont ainsi en échec parce qu'ils ne font pas cette seconde moitié de chemin avec les soignants, les médecins, mais plus ou moins seuls; certains y arrivent très bien, un certain nombre échouent.

Pour conclure, je voudrais revenir sur une notion très importante: le partage du pouvoir. Il est évident que le pouvoir du médecin, ou du soignant en général, sur le corps et sur l'esprit des gens est un pouvoir important. Ce pouvoir, comme tous les pouvoirs, a un côté positif, peut-être même un peu magique; c'est important que cette facette existe, parce que c'est aussi avec elle que l'on nourrit l'alliance thérapeutique. Mais ce pouvoir peut aussi avoir un versant extrêmement négatif, délétère, dont il faut être conscient.

Une des meilleures façons d'éviter que ce pouvoir n'asphyxie les patients est de le partager. Quand on a expérimenté ce partage, on le comprend très bien – il faut que les soignants le vivent pour s'en rendre compte: partager le pouvoir, c'est, paradoxalement, l'augmenter encore. Quand on a partagé son pouvoir avec d'autres, on est encore plus efficace dans le chemin que l'on mène avec les patients vers l'amélioration de la santé ou vers la guérison, et tout le monde y trouve son compte.

Une fois qu'il l'a expérimenté, le médecin se rend compte que, loin d'avoir perdu quelque chose, ce partage a rehaussé sa capacité d'action. Les infirmières, les aides-soignantes, qui jouent un rôle très important, les associatifs... tous sont valorisés à la juste valeur de ce qu'ils font et, au bout de la chaîne, c'est le patient, et donc toute la collectivité, qui en recueille le bénéfice et les fruits. Pour la collectivité, cela se traduit par une durée d'hospitalisation plus courte et un meilleur accès à la santé. Tout le monde est donc gagnant. Mais cela demande une prise de conscience collective des bénéfices de ce partage de pouvoir.

Je terminerai en remerciant toutes les associations qui nous accompagnent malgré les difficultés qu'elles rencontrent parfois dans les services hospitaliers. Elles sont les bienvenues et l'équipe médicale et paramédicale de l'hôpital Avicenne considère leur action comme indispensable et partie intégrante du soin pour réaliser l'objectif pour lequel elle est missionnée: améliorer la santé de ceux qui lui sont confiés. ●

<sup>2</sup> Chantal Deschamps est médiatrice en santé et membre du Comité consultatif national d'éthique.



## La médiation à l'hôpital. Témoignages (1)

### ERI : Espace de rencontre et d'information (hôpital Avicenne)

**LYNDA BELHIA,**  
médiatrice de santé publique

L'espace de rencontre et d'information (ERI) est dédié à l'écoute, l'information et l'échange avec les patients atteints du cancer et avec leurs proches.

L'idée de ces espaces est née lors des états généraux des malades atteints de cancer organisés en France pour la première fois en novembre 1998 par la Ligue nationale contre le cancer. Lors de cet événement qui a réuni plus de trois mille participants, les malades et leurs proches ont exprimé le souhait de pouvoir disposer d'un espace de rencontre et d'information au sein des structures de soins spécialisées en cancérologie; mais un espace « neutre », distinct des secteurs de soins, et donc qui ne soit pas animé par des soignants. Ils souhaitaient pouvoir y trouver des renseignements, des informations accessibles et compréhensibles sur la maladie et ses traitements; sur les différentes ressources disponibles non seulement à l'hôpital mais en dehors de l'hôpital, comme par exemple les divers services proposés par les associations de soutien et d'entraide et/ou par les organismes d'État.

L'ERI de l'hôpital Avicenne a pour vocation de constituer un maillon complémentaire dans une chaîne de prestations, afin que les patients et les familles soient mieux informés, parti-

cipent, comprennent mieux les décisions thérapeutiques. Bref, l'ERI est un outil leur permettant de devenir un peu plus acteurs dans leur maladie et sa prise en charge; un lien, un liant.

Il a fallu trois ans pour admettre la légitimité de cette exigence et inventer un dispositif permettant d'y répondre; cela avant l'évolution d'un cadre juridique favorable: la mise en place du premier ERI en 2001 à l'Institut Gustave-Roussy, la loi Kouchner du 4 mars 2002, le Plan cancer 1 (2003-2007), le Plan cancer 2 (2009-2013).

Les ERI sont portés par une convention entre la Ligue nationale contre le cancer, Sanofi-Aventis et l'établissement hospitalier. Le financement de ces espaces est dans un premier temps extérieur. Mais progressivement, l'ERI a trouvé sa place comme valeur ajoutée à la prise en charge globale des malades, à la communication avec les familles, voire du personnel hospitalier. Aujourd'hui, on en compte plus de trente à travers la France, dont plusieurs à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'ERI de l'hôpital Avicenne est né en 2007 de la volonté commune de trois institutions:

– le comité départemental de Seine-Saint-Denis de la Ligue contre le cancer;

La médiation sociale et culturelle  
La médiation à l'hôpital. Témoignages

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE  
• RENCONTRE-DÉBAT – 14 AVRIL 2010

17

dans le secteur hospitalier

Lynda Belhia

- le laboratoire Sanofi –Aventis ;
- l’hôpital lui-même.

Le constat est celui d’une carence de l’information médicale à l’attention d’une population précaire, souvent plus exposée au cancer.

La maladie ayant des conséquences sur tous les aspects de la vie – emploi, logement, relations familiales... –, l’ERI propose une aide juridique sur toutes ces questions liées à la maladie (droit des assurances, accès à l’emprunt, droit du travail, droit des étrangers, droit de la sécurité sociale...) et oriente les familles vers le bon interlocuteur : médecins, psychologues, assistantes sociales, associations spécialisées.

Je ne fais pas partie du personnel médical mais je bénéficie d’une formation continue dispensée par la Ligue contre le cancer sur l’écoute et les différentes pathologies cancéreuses. À l’hôpital Avicenne, nous avons également des tutorats médicaux, notamment en oncologie et en hématologie, tous deux supervisés par un professeur.

L’ERI est un lieu d’écoute, une aire transitionnelle, une interface entre l’hôpital et les différentes structures d’aide aux patients. On peut parler en cela de médiation, notamment avec le personnel soignant quand par exemple le patient n’a pas compris sa prise en charge thérapeutique. Mais, contrairement aux femmes-relais médiatrices, il n’y a pas à l’ERI de dimension culturelle, sauf de manière ponctuelle – il m’est arrivé ainsi de servir d’interprète à un patient, mais je n’avais pas pour autant le sentiment d’être dans une démarche de médiation interculturelle qui tient compte des codes culturels et de l’histoire du patient.

Je reçois régulièrement des patients d’origine étrangère et me rends compte à quel point la prise en charge hospitalière des migrants est insatisfaisante quand elle se fait uniquement sur

la base du modèle occidental et combien il est important de considérer le patient dans sa globalité, c’est-à-dire dans sa dimension culturelle et sociale.

À la fin de l’année dernière, j’ai reçu un monsieur d’origine malienne porteur d’une ordonnance médicale. Elle lui avait été prescrite par un médecin, dans le foyer où il vivait. Le médecin lui avait demandé de prendre rendez-vous pour réaliser un examen. Quand je lui ai dit que c’était une prescription pour une prise de sang, il m’a dit que ce n’était pas possible. J’ai eu la chance de rencontrer une patiente du Mali vivant en France depuis un certain temps qui a pu me traduire ce qu’il voulait dire : pour lui, c’était toute sa vie qui allait partir au travers de ce sang donné.

Je me rends compte que, quoi que nous puissions dire, le personnel soignant comme moi-même serons toujours en total décalage. Ainsi, je n’ai pas réussi à convaincre ce patient que cet examen était important pour sa santé. Je ne connaissais malheureusement pas à cette époque l’association des femmes-relais. Dans le cas de pathologies plus lourdes, avec des examens urgents, qu’est-ce que l’on fait ? Doit-on constater un refus de soins, comme la loi nous le permet ? Faire signer une décharge au patient et considérer que l’on a fait notre travail ? Ou bien est-ce que l’on tente, avec l’aide des femmes-relais médiatrices et les ressources existantes, de tenir compte de sa culture, de ses repères ? Est-ce que l’on essaye de le convaincre ? C’est une question d’éthique, après avoir pris en compte la globalité de sa situation, que de s’assurer de ce que souhaite réellement le patient.

Je voudrais aussi parler de la prévention, qui est insuffisante. Si, dans les quartiers, la sensibilisation était faite par ces femmes-relais médiatrices, beaucoup plus de femmes iraient faire

leur mammographie. Il y a encore trop souvent des femmes qui se retrouvent à un stade très avancé de la maladie ; une mammographie aurait pu la détecter avant et renforcer leurs chances de guérison.

La sexualité est un autre sujet sur lequel nous avons beaucoup à apprendre des femmes-relais médiatrices. Une journée Sexualité et cancer a été organisée il y a quelque temps. Elle nous a permis de mesurer à quel point cette question était taboue. Les femmes comme les hommes ont des difficultés à en parler, ce qui nous empêche de l’aborder comme une problématique médicale.

S’implanter dans le milieu hospitalier n’est pas chose facile. La médiation peut être perçue comme une mise en cause du soignant. Il faut du temps pour se faire une place et expliquer que notre travail n’est pas une intrusion mais a pour objectif de favoriser la prise en charge du patient en étroite collaboration avec le personnel hospitalier.

Les ERI ont la chance d’être portés par une convention qui assure leur financement, mais encore faut-il que le personnel soignant soit convaincu de la nécessité de partenariats extérieurs et de l’intérêt thérapeutique d’une prise en charge globale du patient. Il y a certes encore beaucoup à faire, mais nous avons beaucoup avancé. L’espace va devenir une « Maison information santé » pour s’ouvrir à d’autres patients souffrant de maladies comme le diabète et l’obésité. La question de l’alimentation liée aux situations de précarité est très importante et je pense que, là aussi, les femmes médiatrices ont vraiment toute leur place dans les établissements hospitaliers. ●

● Espace de rencontre  
et d’information  
Hôpital Avicenne  
Bâtiment Larrey  
125, rue de Stalingrad  
93009 Bobigny Cedex

## La médiation à l'hôpital. Témoignages (2)

### Association Bondeko (hôpital de Gonesse)

**ANTOINETTE MBA, ÉLISABETH DIANZEKA,**  
médiatrices à l'association Bondeko

**e**n lingala, Bondeko signifie « fraternité ». Notre association lutte contre le sida; elle a été créée en mars 2000 à la demande du docteur Didier Troisvallets, médecin spécialiste du VIH à l'hôpital de Gonesse (Val-d'Oise), et sur la base des difficultés observées par le président actuel de Bondeko, José Songa. Bénévole à Aides<sup>3</sup> à cette époque, il constatait lors de ses permanences le manque de suivi des patients d'origine africaine. L'association compte cinq médiatrices, dont quatre dans le domaine de la santé, qui interviennent à l'hôpital de Gonesse au sein du service de médecine interne.

Notre action consiste à accueillir et à soutenir les personnes infectées et affectées par le VIH. Nous disposons d'un espace d'écoute et de parole où nous les recevons sans rendez-vous, nous faisons aussi des visites à l'hôpital, des visites à domicile, organisons des groupes de parole. Nous proposons un accompagnement psychosocial et une médiation en santé publique, nous menons des actions de prévention et d'information, aidons au suivi médical et à l'observance des traitements prescrits.

<sup>3</sup> Association de lutte contre le sida et les hépatites virales. [www.aides.org](http://www.aides.org).

Bondeko poursuit quatre objectifs :

- lever les freins à l'information, à la prévention, au dépistage du VIH ainsi qu'à l'accès aux soins et aux droits;
- apporter une réponse communautaire face à l'isolement et au silence;
- rompre l'isolement des personnes touchées par le VIH;
- soutenir la personne en l'engageant dans une démarche active et en établissant une relation de confiance.

Comment avons-nous fait pour nous intégrer à l'hôpital? Nous avons contacté les médecins et les équipes médicales de l'hôpital qui soignent les malades atteints par le VIH, ainsi que le service social, et nous leur avons expliqué ce que nous pensions pouvoir apporter à l'hôpital et comment nous envisagions notre rôle d'interface entre les patients et le personnel médical. Ensemble, nous avons défini le rôle de chacun et une convention a été établie entre l'association et l'hôpital, particulièrement avec le service des maladies infectieuses et celui de la médecine interne.

Au départ, nous n'intervenions qu'auprès des patients d'origine africaine; mais aujourd'hui, les populations que nous aidons sont variées. Les patients, l'hôpital et l'association travaillent en

La médiation sociale et culturelle

La médiation à l'hôpital. Témoignages

Antoinette Mba,  
Élisabeth Dianzeka

dans le secteur hospitalier

étroite collaboration. Du docteur Troisvallets jusqu'à la sage-femme, tout le monde nous connaît et peut faire appel à nous. De même, nous appelons le médecin quand nous avons besoin de lui.

L'accompagnement que nous mettons en place à l'hôpital peut se poursuivre à l'extérieur au sein de notre espace-écoute. Nous sommes présentes si le patient le désire, nous ne nous imposons pas. Il n'est pas non plus obligé de venir à l'association. C'est nous qui allons vers lui, parce nous savons qu'il peut être réticent à faire le premier pas. Nous n'intervenons pas au hasard, ce sont les infirmières qui nous orientent vers les patients. Les échanges avec les patients ne sont pas seulement de nature médicale, nous parlons de tout et de rien avec eux – ce qui est tout aussi important –, et notamment de la sexualité dans le couple.

Quand un patient sort de l'hôpital, nous l'appelons régulièrement pour savoir comment il va. S'il demande qu'on lui rende visite à domicile, nous le faisons. En accord avec les personnes, les médiatrices rendent compte au médecin de l'état des patients et prennent quelquefois rendez-vous pour lui quand il a des visites de contrôle. Certaines personnes qui sortent de l'hôpital se retrouvent en situation de grande précarité, n'ont quelquefois pas à manger, pas de famille pour les assister pendant la période de convalescence et, quelquefois, pas de lieu où aller. Dans ce cas, nous travaillons avec le service social de l'hôpital pour leur trouver un hébergement et garder le contact avec elles. Nous aidons également les personnes malades qui n'ont pas de papiers en les accompagnant à la préfecture.

Toutes les médiatrices ont suivi des formations à la médiation; nous avons appris à moins parler et à écouter

plus... Les formations se poursuivent toujours sur les nouveaux traitements: il est impossible de parler de soins avec un patient sans être parfaitement informées de ce qui se fait dans ce domaine. Quand il y a de nouvelles molécules, des changements dans le domaine médical, le docteur Troisvallets organise des formations pour que nos connaissances soient en permanence actualisées. C'est un médecin extraordinaire qui nous donne la force de continuer. Nous suivons également des formations continues avec d'autres organismes.

Un autre aspect de notre travail est l'accompagnement dans les démarches administratives, notamment à la préfecture. Nous travaillons en étroite collaboration avec les assistantes sociales, particulièrement celles qui s'occupent des patients atteints par le VIH, pour l'établissement de la CMU et la constitution des dossiers administratifs. Quand nous accompagnons un patient, nous présentons notre association, expliquons notre action et demandons à l'assistante sociale si elle ne voit pas d'inconvénient à ce que nous restions avec la personne que nous accompagnons. Cette façon de faire, non intrusive, donne d'une manière générale de très bons résultats.

Nous sommes tenues au secret professionnel. Les personnes nous disent des choses qu'elles ne diraient nulle part ailleurs. Dans le domaine médical comme dans la médiation interculturelle, celui qui ne respecte pas cette règle n'est pas digne d'être médiateur de santé.

Nous nous sommes dernièrement occupées d'une malade qui était en France depuis quatre ans mais qui n'avait pas de titre de séjour du fait de sa maladie; l'asile politique lui avait été refusé et la situation était devenue extrêmement compliquée. Le cadre hospitalier du service, les assis-

tantes sociales et le docteur Troisvallets se sont impliqués pour trouver une solution.

Tout le monde nous connaît, y compris le gynécologue et le service maternité. Par exemple, quand une patiente n'a pas de conjoint, il arrive que nous l'assistions pendant son accouchement. Nous sommes toujours présentes quand on a besoin de nous. Nous avons le vécu de la maladie, nous savons comment cela se passe et pouvons rassurer les primo-arrivants qui sont souvent très angoissés.

Nos initiatives ne sont pas toujours couronnées de succès. Nous avons essayé d'établir une collaboration avec la maison de repos, elle n'a pas vraiment abouti pour l'instant. Nous ne baissons pas les bras pour autant, mais sans jamais nous imposer, c'est fondamental: les collaborations doivent être désirées pour réussir. ●

● **Bondeko**  
1, allée Fragonard  
95200 Sarcelles  
Tél. 01 34 04 21 24  
Permanence hospitalière  
au 01 34 53 49 56

## Éléments bibliographiques

disponibles à Profession Banlieue

BARON Cécile, BUREAU Marie-Christine, LOCHARD Yves, *Convertir l'expérience en qualification professionnelle: l'exemple des médiatrices culturelles et sociales en Seine-Saint-Denis*, Centre d'études de l'emploi, Centre d'études et de recherches sur les qualifications, Institut de recherches économiques et sociales, 2007.

Le dispositif collectif d'accès à la VAE pour les médiatrices de Seine-Saint-Denis, proposé par Profession Banlieue et la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et accompagné par des formatrices de l'IRTS de Paris, constitue un enjeu qui permet de convertir l'expérience bénévole et salariée de la médiation en qualification professionnelle.

BLANCHARD Marie-Madeleine, BOUVIER Thérèse, CARTON Luc, DAL VERME Sabina, FAYMAN Sonia, MAUREL Élisabeth, NEVEU Claudine, *Femmes-relais: quelle place dans l'intervention sociale?* Profession Banlieue, collection: Les Actes des rencontres, 2000.

Différentes contributions ainsi que les résultats d'une recherche-action en Seine-Saint-Denis ont souligné l'enjeu de la professionnalisation des femmes-relais et de leur place dans l'intervention sociale. Les questions de l'appartenance territoriale, de l'appartenance communautaire ou ethnique, du genre et de la

déontologie professionnelle ont structuré la réflexion.

BLANCHARD Marie-Madeleine, TIME-RA Mahamet, *Le Travail social et les nouvelles formes de médiation interpartenariales*, Service social d'aide aux émigrants (SSAE), 2003.

Ce rapport est organisé en deux parties: le travail social et la médiation sociale et interculturelle; travail social en contexte interculturel: « croisement des savoirs professionnels et associatifs ».

BOUBAULT Guy, LE MEUT Christian (coords), *Pratiques de médiation: écoles, quartiers, familles, justice. Une voie pour gérer les conflits*, Éditions Charles-Léopold Mayer, collection: Dossier pour un débat, 2000.

La médiation est partout... Les auteurs ont rassemblé ici des témoignages, des réflexions, des récits d'expériences originales dans les terrains de la vie quotidienne, personnelle et sociale en France, en Europe et en Amérique du Nord. De la médiation pénale à la gestion coopérative des conflits à l'école, des questions de séparation de couple à celles du bruit dans les cités et des contentieux bancaires, ce dossier propose un florilège de cas qui posent des questions nouvelles sur la médiation: une pratique qui, dans nos sociétés, est à la fois une nouvelle culture et le champ de nouveaux métiers.

COHEN-ÉMERIQUE Margalit, GUILAUME-HOFNUNG Michèle, IRTS Île-de-France-Paris (coll.), *Les Femmes-relais médiatrices sociales et culturelles. Des principes déontologiques, un métier*, Profession Banlieue, 2006.

Cet ouvrage, réalisé en collaboration avec la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et l'IRTS de Paris Île-de-France, présente les principes déontologiques des femmes-relais. Il précise le cadre et les limites de leur intervention, énonce des règles juridiques et éthiques et clarifie leurs rôle et place en affirmant leur position de médiatrices.

CUNHA Maria do Céu, *Le Travail de médiation dans les quartiers populaires: regards des institutions*, Profession Banlieue, 1998.

Ce rapport évalue les apports des femmes-relais de Montfermeil aux institutions et l'utilisation de ces médiatrices par les intervenants sociaux, sanitaires et éducatifs. Les pratiques professionnelles des femmes-relais sont analysées au regard des représentations portées par les agents sur ces médiatrices.

DUCLOS Hélène, GRÉSY Jean-Édouard, *Évaluation de l'utilité sociale de cinq structures de médiation sociale*, Culture et Promotion, Laboratoire d'anthropologie juridique de Paris, 2008.

Pour la première fois, une démarche d'évaluation, dans cinq structures, met en évidence la plus-value de la médiation sociale qui, centrée largement sur la tranquillité publique, se redéploie sur des tâches de restauration du lien social. Reste à conforter les intervenants par une clarification de leur statut à côté des agents sociaux et de la sécurité publique et par la construction de parcours de professionnalisation.

DUGUÉ Elisabeth, MAUREL Elisabeth, IRTS Île-de-France-Paris (coll.), *Référentiel femmes-relais*, Profession Banlieue, 2003 (2<sup>e</sup> édition).

Outil conçu par un groupe de travail de Profession Banlieue avec l'IRTS de Paris,

le référentiel définit, sans vouloir le figer, les compétences et savoir-faire des femmes-relais.

FAGET Jacques, *Médiations: les ateliers silencieux de la démocratie*, Éditions Érès, collection: Trajets, 2010.

Cet ouvrage permet de comprendre la genèse et l'évolution des pratiques de médiation, d'en mesurer les enjeux politiques, institutionnels et sociaux. Il donne aussi à connaître les « fondamentaux » de la posture du médiateur et les différents modèles pratiques sur lesquels il appuie son travail. Il propose enfin une vision critique et documentée des principaux champs d'activité où s'exercent ces médiations.

GUILAUME-HOFNUNG Michèle, *La Médiation*, PUF, collection: Que sais-je? 2005.

Depuis vingt-cinq ans, la médiation acquiert une importance sociale qui la renouvelle complètement. La première partie de cet ouvrage propose un inventaire non sélectif des expériences se réclamant de la médiation. La deuxième partie définit la médiation et fait le point sur ses références et son régime juridique.

LEBON Marie-Christine, MAS-MIANGU Sarah, ROBINEAU Michel, « Femmes médiatrices et mères nourricières. Une expérience de solidarité alimentaire à Avicenne », in *1935-2005, l'hôpital Avicenne: une histoire sans frontières*, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, 2005.

Présentation du travail mené avec l'Association des femmes médiatrices sociales et culturelles de Pantin au sein du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Avicenne de Bobigny, qui vise à inscrire l'alimentation au centre du dispositif de soin.

MADÉLIN Bénédicte, « Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession Banlieue », *Informations sociales - CNAF*, n° 141, 2007.

Accueillir, accompagner, organiser des actions locales et collectives, tels sont

les trois volets des missions des femmes-relais. Habitantes des quartiers qu'elles vivent de l'intérieur, elles sont des passeurs de paroles et de relations entre leurs voisins et les institutions. L'enjeu étant de faire connaître les attentes et les besoins des usagers.

« Femme-relais, un métier indispensable non reconnu », *Lien social*, n° 818, 2006.

Depuis la fin des années 1980, les femmes-relais jouent le rôle d'intermédiaires entre des personnes immigrées et des institutions, et cette fonction s'est peu à peu professionnalisée. Présentation de l'Association des femmes-relais et des médiateurs culturels d'Aulnay-sous-Bois, qui propose des cours d'alphabétisation au sein d'un collège, et de Sarah Mas-Miangu, femme-relais de la première heure qui a travaillé à la professionnalisation de cette fonction et obtenu le diplôme de « technicien médiation services ».

*Guide d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale*, Éditions du CIV, collection: Cahiers pratiques, 2009.

Ce guide opérationnel propose une démarche d'évaluation de l'utilité sociale de la médiation sociale pour les structures de médiation avec une méthodologie et des outils. Il est organisé en trois parties: pourquoi évaluer son utilité sociale? comment évaluer son utilité sociale? quelles restitutions et quel suivi de son évaluation? Il fait également le point sur ce que recouvre la médiation sociale.

*La Médiation sociale, une démarche d'écoute et de prévention au service de la cohésion sociale*, Centre national de la fonction publique territoriale, Délégation interministérielle à la ville, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, 2005.

Ce document présente les actes du colloque qui s'est tenu à Paris le 15 juin 2005 sur les enjeux du développement de la médiation sociale, la structuration et la reconnaissance de ce champ pro-

fessionnel, la diffusion de la culture « médiation » dans les métiers territoriaux.

*La Médiation sociale. Une démarche de proximité au service de la cohésion sociale et de la tranquillité publique*, Centre national de la fonction publique territoriale, Délégation interministérielle à la ville, collection: Repères, 2004.

Ce guide a pour objectif d'aider les acteurs de terrain à créer, développer et professionnaliser les activités et services de médiation en proposant des outils et en capitalisant les expériences et les travaux menés depuis une dizaine d'années dans ce domaine.

« Médiation sociale et culturelle: le rôle des femmes-relais », *Plume - Journal du Clicoss 93*, n° 52, Conseil général de la Seine-Saint-Denis, 2010.

Dossier sur les femmes-relais de Seine-Saint-Denis.

*Professionaliser la médiation sociale. Programme 18 du Plan de cohésion sociale*, Direction générale de l'action sociale, ministère du Logement et de la Ville, 2006.

Ce rapport précise quelle est l'utilité sociale de la médiation, ses différentes formes et son périmètre d'intervention. Il indique les garanties dont elle doit s'entourer et identifie l'environnement partenarial des médiateurs sociaux, notamment le partenariat avec les travailleurs sociaux. Il conclut en présentant les diplômes et titres existants dans le domaine de la médiation sociale ainsi que les logiques de parcours qu'il est possible de construire pour inscrire les médiateurs sociaux dans des évolutions professionnelles. ●

# La médiation sociale et culturelle

23

Éléments bibliographiques

PROFESSION BANLIEUE • FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE FEMMES-RELAIS DE SEINE-SAINT-DENIS • HÔPITAL AVICENNE • RENCONTRE-DÉBAT – 14 AVRIL 2010

## dans le secteur hospitalier

**PROFESSION  
BANLIEUE**

15, rue Catulienne  
93200 SAINT-DENIS  
Tél. : 01 48 09 26 36 - Fax : 01 48 20 73 88  
[profession.banlieue@wanadoo.fr](mailto:profession.banlieue@wanadoo.fr)  
[www.professionbanlieue.org](http://www.professionbanlieue.org)