



Elsa ERB
Diplôme Universitaire Médiation en Santé
Année Universitaire 2022 / 2023

La Dimension de la culture dans le parcours de soin :

En quoi, est-il important de prendre en considération la dimension culturelle dans le parcours du soin du patient ?

Remerciements

En tout premier lieu, je remercie mes employeurs, les Docteurs Maeva JEGO-SABLIER et Jérémy KHOUANI, qui m'ont donné l'opportunité d'exercer ce métier et de m'y former.

Je remercie également ma tutrice de stage, Géraldine GUARINOS, qui m'a apporté par son professionnalisme et le temps qu'elle m'a consacré, ainsi que toute l'équipe de la PASS de l'AP-HM (Permanence d'Accès aux Soins de Santé des Hôpitaux Universitaire de Marseille) qui m'a accueillie chaleureusement et répondu explicitement à mes questionnements.

Je remercie tous les patients de la Maison de Santé Peyssonnel, pour la confiance qu'ils m'accordent et tous ces précieux échanges.

Je remercie l'équipe professionnelle de la Maison de Santé Peyssonnel, chaque professionnel contribue jour après jour à la réflexion sur le parcours de soins du patient de manière bienveillante, afin de proposer un accompagnement pluridisciplinaire adapté à chaque situation.

Je remercie le responsable, Olivier BOUCHAUD, et tous les intervenants de la formation pour la richesse de leurs échanges, leurs enseignements et leur humble posture de transmissions.

Et enfin, je remercie tous mes collègues de promotion 2022/2023 du DU de médiation en Santé, avec qui nous avons pu se questionner, débattre, réfléchir, cheminer, apprendre, écouter, s'écouter, se former de façon attentive et engagée les uns envers les autres pour devenir des professionnels éclairés, consciencieux et avertis sur les réalités du terrain.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1- La Santé

2- La médiation en santé : l'histoire, l'origine, le rôle, les perceptives

3-L'identité culturelle

4- La dimension de la culture

5- Exemples de situations

6- Accompagnement : médiation

7- Conclusion

SOURCES

La dimension de la culture dans le parcours de soins

INTRODUCTION :

Dans la Maison de Santé où j'exerce en tant que médiatrice en santé, se trouve une équipe pluridisciplinaire : secrétaires, médecins généralistes, gynécologue, assistante sociale, infirmière, infirmière Asalée, kinésithérapeute, ostéopathe.

La MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle Peyssonnel) se situe dans le 3^{ème} arrondissement, centre/nord de la ville de Marseille. Cet arrondissement qui à l'échelle d'une ville est estimée d'après des données de l'INSEE comme le quartier le plus pauvre de France, avec plus de 55% des habitants en dessous du seuil de pauvreté. A proximité de la gare et du vieux port il se fait qualifier également de quartier de transit.

De ce fait de nombreux patients sont en situation de précarité, souvent socialement isolé, d'origine étrangère sur une ou plusieurs générations, primo arrivant, personne sans-abri ou logement précaire ou inadéquat...

Les prises en charge adaptées aux plus précaires au sein de la MSP font aussi parties des conventions et orientations avec d'autres structures médico-sociales qui suivent les migrants, personnes sans logement, public en situation de vulnérabilité...

La plupart du temps, la culture du patient émerge dans nos échanges. Cette culture occupe une grande place dans le quotidien, dans la façon dont la personne perçoit sa situation et interprète sa prise en charge médicale.

C'est pour cette raison que j'ai souhaité aborder le sujet de la culture dans l'accompagnement, et voir comment cheminer à travers les représentations que les personnes se font de leur propre situation.

Aujourd'hui la culture est de plus en plus diverse, tant en raison des multi ethnies résultant de l'immigration que du mélange des civilisations. La culture ne se limite toutefois pas au pays d'origine, elle est beaucoup plus vaste. Elle se crée et s'articule en fonction des différents groupes sociaux, religieux, générationnels, scolaires, sociétaux, de travail, de loisirs... ainsi que des expériences personnelles de chacun.

L'identité culturelle est donc propre à chaque personne et engendre des représentations diverses, c'est ce que j'ai compris lors de mes entretiens, ce sont celles-ci qu'il me semble important d'identifier. C'est en interrogeant la personne sur sa provenance, son milieu familial, son histoire, ses « bagages », ses croyances, ses difficultés, ses souhaits... qu'émanent les représentations de cette personne en particulier. Ainsi l'accompagnement s'ajuste autant que possible avec son monde à elle.

La plupart du temps les parcours de santé sont complexes et les accompagnements se focalisent dans un premier temps sur les actes indispensables, puis petit à petit je m'en écarte afin que la personne retrouve son autonomie et prenne conscience de sa propre responsabilité, d'autant plus que mon rôle est d'intervenir de façon temporaire.

J'essaie d'identifier les barrières qui s'avèrent souvent diverses et notamment d'ordre culturel.

En venant interroger les représentations des personnes, je me suis également trouvée en difficulté pour apporter un regard différent sur une différence de perception. Même si j'ai rencontré cette difficulté, j'ai soulevé tout l'intérêt qu'il y a à interroger leur point de vue.

D'où mon questionnement : en quoi est-il important de prendre en considération la dimension culturelle dans le parcours du soin du patient ?

1/ La Santé

La santé est définie selon l'OMS, comme : « un état de complet bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Dans son cours, Maxime MORSA nous dit qu'être en bonne santé, c'est être dans un bien-être psychologique, mental, spirituel, social, physique.

Il nous explique qu'à chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel.

La maladie résulte de facteurs complexes, organiques, humains et sociaux. Elle affecte l'individu et son entourage. Elle demande une approche continue de la prévention à la réadaptation par des professionnels de santé collaborant ensemble.

L'objectif principal de la chartre d'Ottawa sur la promotion de la santé est de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé.

2/ La médiation en santé : l'histoire, l'origine, le rôle, les perceptives

L'origine du concept de la médiation remonte à l'époque de Platon, où il était décrit en ces termes, environ 428-348 ans avec JC, l'alternative au procès qu'offrait le médiateur :

« Il faut que ceux qui ont des griefs les uns contre les autres commencent à trouver leurs voisins, leurs amis, aussi bien que ceux qui sont au courant des actes sur lesquels porte la contestation, qu'ils aillent vers les tribunaux dans le cas seulement où d'aventure, on n'aura pas reçu de ces gens-là une décision qui règle convenablement le différend. »

En 1804, le gouvernement français sous Napoléon adopte un code des lois civiles, facile à interpréter, triomphe du droit écrit sur les coutumes. Plus d'une conception de droit, elle met

en avant une vision de la société, ce code fut le premier d'une longue série touchant à la fois le droit civil (droits et rapports entre citoyens), le droit du commerce (pour organiser le commerce) et le droit pénal (sanction des infractions), visant l'unification du droit français, « Tout est codifié contrairement aux époques précédentes, lorsque les manières de vivre et de se conduire en société se transmettaient oralement, de génération en génération. La fonction de médiation laisse la place au juge qui tranche les différends. ».

Les besoins de médiation au sein des établissements se multiplient, pour traiter les différends avec les « usagers », leurs proches, et ceux qui existent entre les professionnels. La médiation s'impose pour prévenir les conflits et pour permettre de rechercher des solutions amiables.

La médiation en santé apparaît en partie comme professionnalisation des « adultes-relais », dispositif apparu dans les années 1970-80 avec la médiation sociale et qui consistait en un travail d'orientation des publics, issus de l'immigration vers les dispositifs d'accès aux droits, de prévention et de soins, de (re)création de la relation et de levée des incompréhensions entre le public et les professionnels de santé.

La médiation en santé a d'abord été portée par des partenariats d'expérimentaux entre des associations et la DGS (organisation de la Direction Générale de la Santé), pour gérer des problèmes de santé publique spécifique à certaines populations :

- Dépistage, prévention de l'infection à VIH chez les populations migrantes (COREVIH)
 - Le programme de médiation sanitaire visant materno-infantile en direction des populations Roms vivant en bidonville.
 - Expérimentation auprès des personnes en situation de précarité sur Grenoble.
- (...)

Entre 2000 et 2005, le ministère de la santé finance et pilote un programme expérimental sur 5 ans, avec l'institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA) pour former, 150 médiateurs en santé¹.

Les résultats étant satisfaisant des phases expérimentales ont encouragé un certain nombre d'hôpitaux, de centre de santé communautaires, d'agences régionales de santé à financer des postes de médiateurs en santé afin de lutter contre les inégalités et le non recours aux soins.

En 2016, le législateur assimilait médiation sanitaire et santé, en donnant cette définition : « la médiation est la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leurs parcours de santé dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. ».

Les acteurs de la médiation en santé se réfèrent à la définition de la médiation sociale : « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers 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. ».

¹ Rapport non publié. Réseau PLURALIS, Bilan descriptif de la mise en œuvre d'un programme expérimental de formation et de suivi de médiateurs de santé publique, Octobre 2003.

Puis c'est en 2017, que la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît la médiation en santé en élaborant et publiant un référentiel de compétences, formations et bonne pratique de la médiation en santé par article L.1110-13² du Code de la Santé Publique et L.616.37³ du Code de la Sécurité Sociale.

Ce référentiel fixe également le cadre déontologique de la médiation en santé : « Dans l'attente d'une chartre spécifique de la médiation en santé, la HAS retient trois grands principes déontologiques : la confidentialité et le secret professionnel, le non-jugement et le respect de la volonté des personnes. ».

La HAS regroupe également les éléments d'interfaces entre les populations et le système de santé, de création ou réparation du lien et d'autonomie des personnes (faire avec) et celui du changement des représentations, des pratiques du système de santé (au-delà de l'adaptation ponctuelle « spécifique » à des populations vulnérables).

En ce sens, le médiateur en santé doit être facilitateur dans la communication en clarifiant les postures, vocabulaires interculturels, explicatif dans les démarches, les fonctionnements des services et spécialistes. L'objectif est de relever les dysfonctionnements, les incompréhensions pour inscrire, maintenir le patient dans son parcours de soins et ainsi l'inclure et le rendre acteur de sa santé.

Au-delà de la transmission d'informations, du renforcement des connaissances dans le parcours de santé, l'intervention du médiateur en santé apporte également un renforcement des aptitudes que l'on peut comparer à des compétences psychosociales (définies par l'OMS comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (...) en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.»)

Il s'agit « d'aider les personnes à s'informer, à prendre la parole, à intervenir dans ses actions..., à contribuer aux décisions » dans le but d'accroître une plus grande autonomie dans leur santé.

La médiation en santé vise l'autonomisation et la consolidation de la capacité d'actions des individus dans leur parcours de santé, mais également sur les déterminants autour de celle-ci.

Et de l'autre rive, la médiation en santé apporte une sensibilisation des acteurs et actions du système de santé dans l'approche globale et multidimensionnelle de la santé, ainsi qu'aux difficultés d'accès à ce système pour les personnes en situation de vulnérabilité.

² Article L.1110-13 du code de la santé publique : La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées (...), en prenant en compte leurs spécificités.

³ Article L.616.37 du code de la sécurité sociale : La HAS de santé, autorité publique indépendante à caractère spécifique est chargée de procéder à l'évaluation périodique du service attendu (...) ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés (...) en raison de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu et les conditions dans lesquelles elle est réalisée.

3/ L'identité culturelle

La culture est dans son sens le plus large considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, le 26 juillet - 2 août 1982.*

Les valeurs culturelles sont des croyances profondes sur lesquelles nous nous appuyons pour déterminer ce qui est « bon, juste, acceptable et souhaitable » par opposition à ce qui est « mauvais, erroné, inacceptable et indésirable ». Nous commençons à acquérir nos valeurs dès l'enfance et, à mesure que nous grandissons jusqu'à l'âge adulte, ces valeurs continuent d'imprégner notre vie et de lui donner un sens dans différents contextes. Cependant, lorsque nous sommes témoins d'une façon différente de la nôtre de faire les choses, en dehors de ce que nous croyons être correct, nous interprétons souvent ce comportement comme mauvais, inapproprié ou offensant. Si nous prenons le temps de « modifier » notre perception et de considérer les choses du point de vue d'autres personnes ou groupes, nous nous apercevons que ces personnes suivent les règles de ce qui est considéré comme correct selon leur propre perspective culturelle. En interagissant avec de nouvelles personnes, nous avons l'occasion d'élargir nos connaissances et de comprendre les perspectives culturelles des « autres ». *Compétences culturelles pour apprenants internationaux, module 2 : Elargir vos connaissances interculturelles*

La culture englobe les croyances et les comportements qui définissent les valeurs des communautés et groupes sociaux.

Il est important de souligner que les différentes perspectives ne se limitent pas aux personnes issues d'une même provenance. Elles s'appliquent également à la compréhension des valeurs, de l'histoire et des expériences de chaque personne. Chaque personne établit son identité culturelle en fonction de ses expériences de vie. Et dans son identité culturelle se créent les représentations de la personne.

Le concept de la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.

Les fonctions sociales des représentations :

- les fonctions du savoir, qui permettent de comprendre et d'expliquer la réalité,
- les fonctions identitaires, qui définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes,
- les fonctions d'orientation, qui guident les comportements et les pratiques.

Dans son cours, Stéphane TESSIER indique que la représentation, c'est tout ce qui s'imbrique dans le cerveau pour donner du sens. C'est un ensemble d'idées, d'images, de symboles, d'émotions, de croyances, de normes, de jugements de valeur qui guident les comportements. Chaque personne construit sa réalité de façon intelligible au travers de ses représentations.

4/ La dimension de la culture

Selon l'Association Canadienne de Protection Médecine (ACPM), d'après leur recherche de la médecine et de la culture, chaque professionnel aurait son propre bagage culturel, la plupart ont l'habitude de suivre des patients d'origines diverses ou en sont de plus en plus confrontés. Par ailleurs, les professionnels prennent de plus en plus conscience de l'influence de la culture sur le parcours et sur les résultats des soins pour la santé.

Cependant, il ne faut pas tenir pour acquis ce qu'on croit savoir de ce qu'un patient peut penser. On peut avoir une représentation de ce que certains groupes culturels peuvent penser mais il y a toujours une différence à travers un même groupe. La chose la plus sécurisante à faire pour le patient, pour qu'il se sente bien avec son médecin, c'est lui demander comment il veut qu'on le traite. On ne peut pas forcément transférer une pratique qui est appropriée dans une situation culturelle ou dans un environnement donné dans un autre environnement, sans encore une fois réfléchir à l'effet que cela peut avoir sur les patients qui vont recevoir les soins, où être assujettis. *Culture et soins de santé : A la recherche de la médecine et de la culture, Association Canadienne de Protection Médecine (ACPM)*

Tobie Nathan l'explique dans une vidéo « un ethnopsychiatre parmi les esprits », les gens viennent avec leurs différences culturelles, ils ont vu plusieurs professionnels qui disent ne rien y comprendre. Le psychiatre dit que ces personnes viennent d'un monde qui n'est pas un monde vide, c'est un monde plein où il y a des traditions, des pratiques, des pensées. Même s'ils n'aiment pas en parler, ils en ont un peu honte, ils savent qu'on se moque des choses comme ça ici en France ou dans les autres pays occidentaux, ils gardent donc ça secret. Le psychiatre explique qu'il faut qu'on puisse travailler dans leur langue à partir du mode de pensée de leur monde. C'est avec cette position, explique-t-il, qu'il a réussi à recueillir toutes les données sans mener des enquêtes. Et c'est à travers cela que les personnes expliquent leur désordre, leur maladie, leurs conflits... Et on essaie de travailler à partir de ces éléments-là.

Dans son cours, Olivier BOUCHAUD, nous explique que ce qui nous paraît banal ne l'est pas forcément pour le patient. Il faut pouvoir se décentrer de nos propres représentations sans aversion et amertume. Les patients sont contrariés si les soignants (attitudes...) expriment que leurs traditions, croyances... sont crédules et qu'il faut être « couillon » pour croire à tout ça. La dimension culturelle dans la maladie, donne des explications, du sens de la survenue de celle-ci. Certains patients peuvent décrocher si ils ne se sentent pas écoutés dans leur façon de percevoir leur maladie.

5/ Exemples de situations

Lors d'une première consultation avec le médecin généraliste, il a été prescrit un vaccin contre l'hépatite B à une personne primo arrivante. Je reçois cette même patiente après sa consultation, elle me dit qu'elle a l'hépatite B et qu'une piqure lui a été prescrite pour la guérir. C'est en allant questionner le médecin que j'ai compris de quoi il s'agissait que, par mesure de prévention, un vaccin lui avait été prescrit. De ce fait, j'ai abordé avec la patiente la notion du vaccin préventif, dans sa culture elle n'avait pas connaissance de l'existence cet acte médical.

Dans cet exemple-ci la représentation a pu être redéfinie sans difficulté, mais il arrive parfois que des représentations culturelles viennent faire obstacle à cette compréhension.

Dans la salle d'attente, je croise régulièrement une maman avec son enfant. A chaque fois elle me dit être inquiète du poids de son fils qu'elle estime insuffisant et qu'elle décrit comme un risque de santé fragile. Je l'écoute et elle me parle de ses inquiétudes devant son fils.

Un jour, je questionne son médecin généraliste à ce sujet, il me dit tout de suite que l'enfant est dans son poids de forme, mais qu'il a compris au regard de sa mère que l'enfant n'était pas assez corpulent, qu'elle le préfèrerait plus lourd, ce qui serait un signe de bonne santé.

Une autre patiente, prise dans son inquiétude, n'a retenu dans un échange avec le médecin que certains éléments, ce qui lui a occasionné de grandes douleurs. Elle souffrait depuis quelques jours au niveau de l'estomac, le médecin a diagnostiqué un kyste mesurant 5 mm et a expliqué à la patiente que l'on ne programmait d'opération que si le kyste mesurait 5 cm. Qu'au stade actuel, son kyste était bénin.

La patiente, paniquée, m'appelle après la consultation, elle parle de douleurs, de kyste et d'opération. Tout semblait confirmer les sensations douloureuses qu'elle ressentait, qui justifiaient une opération. J'ai demandé au médecin de m'expliquer la situation et j'ai compris que la patiente avait simplement retenu le chiffre 5 et n'avait pas différencié les mesures.

Outre les représentations culturelles, la notion d'inquiétude est à prendre en considération. La personne peut être prise d'inquiétude et ne comprendre que des éléments qui viennent nourrir cette angoisse. Le fait de reprendre avec elle ce qu'elle a retenu de l'échange avec le professionnel permet de rétablir la réalité des faits et du diagnostic.

Plusieurs personnes peuvent vivre les mêmes situations mais ne pas avoir les mêmes impressions, tout dépend de l'importance apportée aux événements, et de l'impact que cela peut avoir sur chaque individu. La réaction diffère selon la vision culturelle de chacun, mais aussi de l'état émotionnel dans laquelle se trouve la personne.

L'intervention du médiateur en santé consiste à signaler les incompréhensions entre le patient et le professionnel et à adapter le discours de l'un et de l'autre afin d'établir une compréhension commune.

6/ Accompagnement : médiation

Accompagnement : Etymologie : formé à partir de compagnie

L'accompagnement ne vise pas à résoudre les problèmes que peuvent rencontrer les personnes, mais à les soutenir dans la résolution de ces problèmes. C'est le cœur de l'accompagnement : la relation de soutien avec quelqu'un en cheminant dans son projet d'être. *Accompagner les personnes au-delà de leur suivi, Michel Simard*

Les patients, parfois submergés par les expériences qu'ils ont traversé (humiliations, traitements humains, voyages inhumains...) se sentent dépourvus de moyens pour entamer un parcours de soins, souvent complexe. Souvent également absorbés par leur situation d'isolement, la nécessité de subvenir à des besoins primaires (trouver un abris, se nourrir, se vêtir...) et leur découragement, l'intervention de l'accompagnement permet de les soutenir et d'éviter la rupture du parcours de soins.

Il m'est arrivé de ressentir la détresse profonde et le désarroi des personnes accompagnées. Dans un premier temps, afin de pouvoir créer un climat de confiance et de soutenir la personne, je vais à sa rencontre en la questionnant sur sa situation, son vécu, ses difficultés, ses besoins et dans un second temps je fais un lien avec les comptes rendus et recommandations des médecins. J'accompagne les personnes dans leurs besoins immédiats.

Lors du premier entretien avec une femme primo arrivante j'ai appris qu'elle fuyait son pays après avoir subi des sévices corporels et qu'elle venait de parcourir plusieurs pays puis de traverser la méditerranée. Elle venait d'intégrer un foyer après avoir dormi plusieurs jours à la gare. Je voulais débiter ce premier entretien de la même manière qu'avec les autres patients. Puis j'ai vu ses paupières lourdes, son visage figé... Je lui ai dit : « en fait, ce dont vous avez besoin, c'est de dormir ? » Elle a hoché la tête. Je l'ai donc installée sur le lit dans la pièce où je travaille et je me suis installée à côté pour travailler sur mon ordinateur. La patiente voulait simplement se reposer dans un endroit sécurisant.

L'écoute passe aussi par l'observation.

L'écoute, « comprendre c'est écouter, c'est vouloir communiquer avec l'utilisateur. C'est donc se rendre disponible, lui donner de son temps, lui faire sentir qu'on est proche de lui. Pour comprendre l'autre il faut avoir le souci de la souffrance d'autrui. L'aide compréhensive, selon *J. Garbarini, c'est la faculté d'embrasser la pensée*, l'intention qui permet de comprendre autrui, qui se décline par la bienveillance, l'indulgence et la tolérance.

C'est en allant interroger les personnes sur leurs parcours, leur provenance, leur chemin de vie qui submerge leur vision de leur situation.

Je me souviens d'une femme qui avait attrapé le VIH, elle me disait que c'était de sa faute, qu'elle n'avait pas écouté ses parents, que Dieu l'avait punie. Elle avait fréquenté un homme plus âgé pendant plusieurs années. Cette patiente gardait cette culpabilité si profondément ancrée en elle qu'elle s'en était fait une raison, qu'elle acceptait cette situation en se considérant comme unique coupable.

Il est également important dans mon accompagnement d'apporter de la valorisation à la personne. De lui redonner de l'importance, de la reconnaissance. La plupart du temps les personnes s'identifient à leur parcours et à leur situation. Certaines me confient même « j'ai été traitée comme un animal ». D'autres se retrouvent sans domicile fixe à devoir se rendre d'un endroit à l'autre pour se laver, se nourrir, se trouver un endroit plus sûr...

Un patient est entré une fois dans mon bureau en me disant : « excusez-moi, mais je ne sens pas bon, mes vêtements sont sales et je n'ai pas pris de douche depuis longtemps ».

« Quand j'ai été écouté et entendu, je deviens capable de percevoir d'un œil nouveau mon monde intérieur et de pouvoir aller de l'avant. Il est étonnant de constater que des sentiments qui étaient parfaitement effrayants deviennent supportables dès que quelqu'un nous écoute. Il est stupéfiant de voir que des problèmes qui paraissent impossibles à résoudre deviennent solubles, lorsque quelqu'un nous entend. » *Carl Rogers, psychologue humaniste, créateur de l'écoute active.*

7/ Conclusion

Chaque accompagnement est un voyage, où je pars à la rencontre de la personne et de son monde.

L'accompagnement s'ajuste donc à la personne et à ses représentations de la réalité, tout en gardant présentes les indications des médecins.

Parfois, je dois rester vigilante pour trouver l'équilibre entre la représentation du soigné et celle des professionnels médicaux. La médiation en santé consiste donc à communiquer avec les deux parties, pour renseigner l'une et l'autre et favoriser un terrain plus fluide. Dans son cours, Philippe BOUCHER nous parle de l'impartialité et la bonne proximité : « Le médiateur en santé s'attache à ne pas favoriser l'une ou l'autre partie. Il permet l'expression des points de vue de chacun sans parti pris. Même si le médiateur en santé a un avis sur une situation donnée, il s'efforce de paraître neutre. »

Mais l'objectif premier est d'instaurer une relation de soutien, de confiance, afin que la personne adhère et s'approprie son parcours de soin. Comme nous l'indique Tahar ABBAL dans son cours, questionner l'Autre sur ses savoirs, c'est valoriser la personne dans sa pensée, sa culture, ses croyances. C'est LA reconnaître dans ses valeurs.

Le premier entretien de médiation est donc, en général, ciblé sur la personne, sa situation, comment elle perçoit son parcours global et sa santé.

Puis mon rôle est de me tenir à côté d'elle et de lui donner les repères nécessaires afin qu'elle puisse penser et agir de manière autonome. J'essaie de lui montrer le fonctionnement du milieu de la santé, quelles sont les étapes à suivre, lui faire comprendre les discours... Je la guide selon le parcours qui lui a été recommandé en prenant le temps d'expliquer la raison des prescriptions (examens, le rôle de chaque spécialiste, repérage des lieux...) tout en étant attentive à son ressenti. Puis, son identité culturelle émergeant, il apparaît souvent des ressources, des accroches pour avancer.

Pour répondre à mon questionnement de départ, le fait d'accueillir et d'entendre la personne dans sa globalité, c'est-à-dire son identité culturelle et son positionnement, c'est lui apporter de la considération. Et ainsi nous pouvons créer un lien de confiance pour adapter et stabiliser son parcours de soins.

- **SOURCES**

Cours :

TESSIER Stephane : Initiation en anthropologie

BOUCHER Philippe : Le cadre déontologique de la médiation sociale,

Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ?

BOUCHAUD Olivier : La dimension transculturelle

ABBAL Tahar : La prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale : les réseaux et coordinations

MORSA Maxime : Les déterminants de la santé et promotion de la santé

Articles :

Compétences culturelles pour apprenants internationaux, module 2 : Elargir vos connaissances interculturelles

ROGERS Carl : Psychologue humaniste, créateur de l'écoute active

Association Canadienne de Protection Médecine (ACPM) : Culture et soins de santé : A la recherche de la médecine et de la culture,

NATHAN Tobie : Un ethnopsychiatre parmi les esprits

Extrait de livre :

SIMARD Michel, Accompagner les personnes au-delà de leur suivi

Autres :

Chartre d'Ottawa, promotion de la santé

OMS, définition de la santé