

Université Paris XIII

L'impact des représentations sociales dans la médiation en santé : cas chez les migrants d'Afrique sub-saharienne en France

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire
« Médiation en Santé »*

Présenté par

Monsieur Jean-Paul NGUEYA

N° Etudiant
11713197
ngueya@yahoo.fr

Année universitaire 2017 -2018

Remerciements

Un grand merci aux initiateurs de ce DU qui, ma foi, permettra non seulement de soutenir le travail des institutions engagées dans le domaine de la médiation en santé, mais aussi et surtout de révolutionner l'offre de soins et de parcours santé proposés par des structures associatives et établissements hospitaliers en France. Hommage à ma défunte grand- mère Koumis Fride qui m'a sensibilisé à la maladie et au handicap.

Jean-Paul Ngueya, 2018

Sommaire

| | |
|---|--|
| Introduction..... | |
| 1. Qu'est ce qu'une perception ?..... | |
| <i>Les représentations du VIH/SIDA de la population subsaharienne et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la transmission du VIH/SIDA.....</i> | |
| <i>Quelques exemples concrets de régulation positive des représentations afin de stimuler la prise de conscience face aux risques encourus.....</i> | |
| 2. Caractéristiques et contexte de la population bénéficiaire..... | |
| <i>Stratégies qui peuvent être expérimentées pour stimuler la prise de conscience et le changement de comportement.....</i> | |
| <i>Evolution de la réponse institutionnelle de la prévention et la communication en direction des migrants en France.....</i> | |
| 3. Stratégie de communication sur la prévention du VIH/SIDA dans les lieux de vie : L'exemple des discothèques et de l'unité mobile de dépistage du VIH et de l'hépatite « C »..... | |
| 4. D.U de Médiation en Santé : Leçons apprises et perspectives pour ma carrière professionnelle..... | |
| 5 .Références bibliographiques..... | |
| 6 .Liste des abréviations..... | |

Introduction

Selon le code de santé publique, la médiation en santé désigne « la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur 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. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités » Extrait du programme national de médiation en santé.

Plusieurs personnes parmi nous jouent ce rôle d'interface ou d'interlocuteur d'une manière ou d'une autre au quotidien sans se rendre compte pour tenter d'apaiser un conflit, accompagner une personne ou raviver l'espoir auprès d'une population cible ou vulnérable.

Lorsque certaines de ces spécificités parfois dues aux vulnérabilités, aux croyances et attitudes de ces populations ne sont pas prises en compte, elles peuvent être des freins d'accès à la santé.

Parmi ces spécificités, je me suis toujours intéressé aux représentations et autres idées reçues, de leur impact sur la prise en charge globale des patients et usagers du système de soin en France et ailleurs.

Ma présence régulière sur les lieux de vie et dans des structures de prise en charge et d'accueil des patients infectés VIH et usagers depuis plusieurs années au Sud comme au Nord m'a amenée à identifier quelques unes dans des structures d'accueil et d'offre de soins de santé. Ceci m'a donc amené à faire le constat suivant :

Les attitudes que nous adoptons et les actes que nous posons au quotidien peuvent avoir un impact négatif sur la santé ; Mais lorsqu'ils sont régulés positivement, ils peuvent au contraire favoriser l'autonomie d'un individu dans son parcours de santé et de soins. Etant donné qu'aucune tradition n'est universelle, la meilleure solution serait à mon humble avis une régulation positive de ces représentations pour une meilleure prise en charge et d'offre de soins aux usagers et patients dans leur globalité.

Les populations originaires d'Afrique sub-saharienne me concerne particulièrement parce que non seulement originaire moi-même de cette région d'Afrique et informé sur sa culture et ses traditions, je me sens à l'aise de communiquer avec elle.

Pour avoir été longtemps investi dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des patients, j'ai constaté qu'une communication qui s'inspire des croyances et traditions d'un individu peut être un atout dans le processus de parcours de soins et de prise en charge globale.

Au Cameroun, j'ai travaillé durant deux ans comme conseiller pour le pré-test et le post-test dans le cadre d'une étude de recherche sur le Nonoxynol 9 mis en place par FHI (Family Health International)

Après avoir officié au sein de l'association Médecins d'Afrique/Europe en qualité d'animateur des ateliers de nutrition proposés aux patients infectés VIH et hospitalisés au sein de l'unité des suites et de réadaptation de l'hôpital du Kremlin Bicêtre, je suis actuellement acteur de santé au sein de l'association Afrique Avenir avec laquelle je propose des TROD sur le VIH et l'hépatite « C » dans les lieux de vie fréquentés par les populations d'Afrique subsaharienne et des Antilles en France.

Aujourd'hui, grâce à la prouesse des chercheurs, beaucoup de choses évoluent mais le sida court toujours.

Les populations migrantes sont au cœur de l'épidémie à VIH/SIDA en France.

Enfin, la misère vécue limite l'importance de la santé quand on est avant tout préoccupé par sa survie.

Face à la complexité de cette réalité, je me suis attaché à :

Définir la perception dans son contexte et ses déterminants pour les migrants originaire pour la plupart d'Afrique subsaharienne et des Antilles en France.

Identifier et définir quelques perceptions dans un contexte propre à cette population en démontrant à partir d'exemples concrets comment elles peuvent positivement faciliter l'accès aux soins dans les différentes structures qui proposent un parcours de santé.

Préciser les caractéristiques de la population ciblée et ses besoins en matière de soins.

Mon travail se base sur l'hypothèse selon laquelle pour favoriser l'autonomie des usagers dans le parcours de santé tout en facilitant la prise en charge globale, les différentes perceptions, croyances ou idées reçues observées sur le terrain devraient faire l'objet d'une attention particulière. Elles doivent être identifiées et régulées positivement par des médiateurs et comédiens compétents et outillés.

Résumé

Ce travail porte sur l'impact des représentations sociales comme approches dans la prévention et la prise en charge dans un parcours de santé et d'offre de soins aux migrants subsahariens en France.

La première partie a concerné la définition et l'énumération des représentations, pratiques et attitudes spécifiques aux populations africaines, suivie d'une démonstration à partir de quelques exemples pratiques de l'impact qu'elles peuvent avoir sur le changement de comportement.

La deuxième partie a déterminé les caractéristiques de la population ciblée et les stratégies qui peuvent être expérimentées en vue de stimuler la prise de conscience.

La troisième partie s'est intéressée à l'évolution de la réponse institutionnelle de la prévention et la communication en direction des migrants africains en France.

La quatrième partie a fait état de ma stratégie de communication en qualité d'acteur de santé dans les lieux de vie fréquentés par les populations d'origine subsaharienne et des Antilles en France.

La cinquième partie donne un aperçu des leçons apprises du DU et de mes perspectives dans le champ de la médiation en santé.

1. Les perceptions ou les représentations

En psychologie, c'est le processus par lequel une image est présentée aux sens.

Dans le cadre de mon travail, je défini les perceptions comme l'ensemble d'images, d'idées, de pratiques et croyances considérées comme étant réelles pour certaines personnes et irréelles pour d'autres.

Les représentations du VIH/SIDA de la population subsaharienne et les conséquences qu'elles peuvent occasionnées.

Le recueil des représentations du VIH/SIDA de la population subsaharienne permet de comprendre les pratiques individuelles et collectives en matière de prévention et de protection. Il faut aussi noter que certaines de ces représentations observées chez cette population sont parfois similaires d'un pays à un autre sur le continent d'Afrique noire. Certaines pratiques sexuelles et intimes sont des facteurs qui augmentent la vulnérabilité des femmes subsahariennes. Elles se les transmettent de mère à filles et ont un sens culturel lié aux notions de propreté et de saleté. Comme types de pratiques similaires du côté des femmes, il s'agit de la pratique du « dry sex » fréquente chez certaines femmes originaires du Congo, de L'Angola, du Cameroun et de la RCA....

Cette pratique à risque consiste à introduire dans le vagin des produits spécifiques à base d'herbes dans le but d'assécher le vagin. Ces pratiques peuvent favoriser des fissures (petites portes d'entrée) lors des rapports sexuels et favoriser la fréquence des IST et du VIH. La raison souvent évoquée par les femmes qui la pratique découle de la difficulté pour un homme de leur communauté d'avoir des relations avec une femme « humide » considérée comme « malpropre ». Ainsi, on peut comprendre leur réserve à l'utilisation du préservatif féminin (très lubrifié) qui ne correspond pas à leurs normes de propreté. Et en ce qui concerne l'usage du préservatif masculin, le risque de rupture est lui aussi augmenté par ces pratiques.

Dans le même chapitre des pratiques similaires et à risque, je citerai l'excision, l'infibulation, l'étirement des petites lèvres mais aussi la polygamie, le lévirat ou le multi partenariat qui sont des facteurs favorisant la vulnérabilité.

Après les rapports sexuels, certaines femmes africaines utilisent un savon ayant un P H acide assez fort et de l'eau pour leur toilette intime ignorant qu'il leur suffit en cas d'impossibilité de s'offrir un gel adapté d'utiliser tout simplement de l'eau. Car une toilette à base d'un savon dont on ne connaît pas la composition peut détruire la flore vaginale protectrice.

Pour espérer tenir longtemps pendant les rapports sexuels et ainsi prouver leur virilité à des partenaires occasionnels, certains hommes se livrent à une consommation excessive de boisson fortement alcoolisée, ce qui les entraîne des fois à une baisse de la vigilance et l'oubli d'utiliser le préservatif s'ils y avaient songés.

La non utilisation du préservatif par certaines femmes africaines dans des situations occasionnelles s'explique souvent du fait de leur incapacité malgré elles à trouver les arguments valables pendant la négociation avec leurs

Partenaires. Le terme « je suis allergique au latex » est souvent employé par des hommes et des femmes comme motif principal pour ne pas l'utiliser alors que le problème ne se pose pas avec le latex. Heureusement que des préservatifs sans latex sont disponibles.

Certaines femmes et hommes subsahariens pensent que le mariage est un gage de fidélité et pensent que les messages sur la prévention du VIH/SIDA ne sont pas très importants.

Dans la société occidentale, la primauté est donnée à l'individu. Dans les sociétés africaines traditionnelles, la valeur de l'individu est plus liée à la place qui lui est assignée par son groupe d'appartenance. La femme africaine a une place centrale.

La grossesse et l'enfantement sont rattachés à des représentations et à des valeurs spécifiques. La fécondité est la « qualité » que la culture exige de la femme afin de perpétuer le lien entre les ancêtres et les descendants. Ainsi, il existe un contrôle de l'activité de la reproduction par la communauté et la femme est donc soumise à de fortes pressions.

Le désir d'enfant est revendiqué chez beaucoup de femmes africaines malades. Bien qu'informées des risques de contamination mère enfant, la maladie reste secondaire.

Selon les croyances de la société d'origine, le mariage et la sexualité licite (virginité et fidélité) évitent toute « souillure », tout désordre donc tout risque de contamination. Cette croyance explique la difficulté pour une femme de comprendre la possibilité de contamination dans ce contexte « sans risque ».

Cependant, si la femme propose l'utilisation d'un préservatif, cela peut provoquer un soupçon d'infidélité pour elle-même ou son conjoint.

Enfin, même si une femme est consciente du risque encouru parce que son mari est infidèle ou séropositif, cette prise de conscience ne débouche pas nécessairement sur une pratique de prévention dans la mesure où son espace de négociation sexuelle dans le couple est réduit, voire inexistant.

De la même manière que le sperme possède une force symbolique importante, le lait maternel désigne la fratrie et fonde la famille. Ainsi, une femme séropositive qui se verrait interdire d'allaiter peut être en danger d'être exclue de la société et son enfant récupéré par la famille.

Certains hommes africains d'un certain âge (45 -50) préfèrent avoir des rapports sexuels avec des gamines ayant entre 17 et 18 ans avec pour idée de retrouver leur jeunesse. Ces rapports généralement se font sans utilisation du préservatif.

Exemples de régulation positive de certaines représentations

Exemple 1 : La négociation pour le port du préservatif

A- CONSTATS.

1) *IL est facilement dit que les hommes refusent d'utiliser les préservatifs à la maison avec leurs épouses et aussi avec leurs maîtresses « titulaires ». Les hommes acceptent le faire avec des amies d'occasion car ils ne savent pas si on peut leur faire confiance, elles couchent avec tout le monde.*

2) *Lorsqu'un homme pense n'avoir pas pris des précautions nécessaires à l'extérieur, s'il est gentil, il prendra le préservatif en se traitant ou en attendant de le faire.*

3) *Lorsque le couple utilise la méthode naturelle de contraception, le mari optera pour la préservation durant la période de fécondation son plaisir pouvant souvent attendre.*

Mais est ce que les femmes sont d'accord pour que leurs maris utilisent le préservatif à la maison ?

Car pour commencer une quelconque négociation, il faut que cela soit d'abord assez clair pour elles.

1) *En effet, lorsqu'une femme voit son mari utiliser le préservatif, elle pense tout d'abord que son mari a une maitresse et qu'on a découvert qu'il a une infection sexuellement transmissible, et qu'il est en train de se traiter ou encore ;*

2) *Quand le mari utilise le condom, la femme s'imagine qu'il ne veut pas être responsable d'une grossesse ;*

3) *Elle pense aussi que son mari ne l'aime plus assez pour accepter un « contact direct » avec elle.*

4) *IL ya enfin le fait qu'elle s'imagine que son mari la soupçonne d'avoir des IST c'est-à-dire d'avoir des amants, et s'en fout maintenant d'elle.*

II . COMMENTAIRES

Nous remarquons donc que le port du condom n'est pas un problème qui se pose uniquement aux hommes. C'est aussi le problème des femmes.

Le port du condom sous-entend le problème de la fidélité du couple, de telle sorte que certaines femmes refusent le port du condom parce qu'elles ne pourront plus fantasmer qu'elles possèdent leur mari.

Pour les femmes, quand un homme vous aime, il ne se laisse plus partager. IL faut que les femmes sachent que leur conjoint peut ne pas les aimer, avoir peu d'estime pour elles, les mépriser, ne pas avoir de maîtresse et continuer à coucher avec elle.

Si l'homme est fidèle, il ne ramène pas les IST, ni le VIH, donc qu'il n'y a pas de raison de lui demander d'utiliser un préservatif à la maison.

Lorsque la femme ne considère plus le préservatif, comme objet autorisant l'homme à vagabonder, c'est un atout de plus. En effet, en refusant le préservatif, la femme se dit qu'elle peut contrôler l'homme parce que quand il sort, il ramènera des maladies. Certaines femmes accusent leur mari d'avoir des maîtresses en découvrant qu'elles sont elles même atteintes. Comme si quand le mari ne ramène pas une IST, il est fidèle et vous aime ; les femmes ne doivent pas oublier que l'amie de leur mari peut ne pas avoir une IST ou le VIH.

Quand on parle donc de préservatif, on parle d'amour mais derrière cet amour on pose le problème de la fidélité et derrière cette fidélité la possession de l'autre par rapport aux autres femmes de dehors. L'amour est simplifié à son expression la plus animale : l'acte sexuel.

Peut-on imaginer l'amour autrement ? Un homme qui aime sa femme parle avec elle ; son mari l'écoute comme une sœur ou une mère. Elle n'a pas besoin de chantage ou de flatterie particulière. N'oublions pas que la main qui tient le berceau commande le monde, que ce que femme veut, Dieu le veut. C'est-à-dire que dans sa nature, l'homme est toujours prédisposé à écouter une femme, à céder à une femme.

En abordant le problème de négociation, la femme doit apprendre à se faire aimer. Se faire aimer, c'est réussir à se faire respecter, à se faire admirer, par leur calme, leur sagesse, leur gentillesse, leur façon de consoler et d'encourager.

Les époux des femmes sont des êtres humains comme tout le monde. Avec pleins de défauts, c'est-à-dire des difficultés pour faire certaines choses, ou ils souhaitent qu'on leur donne un coup de main. Et si les femmes ne peuvent pas être là pour le faire, leurs époux iront chercher ailleurs.

Pour qu'une femme puisse négocier valablement le port du condom, il faut qu'elle mette son amour-propre de côté. En effet, tous les êtres humains sont des humains. Le mari peut sortir avec des amis, on lui met un cachet de quelque chose dans la boisson et il se retrouve dans un lit avec une femme, il le regrettera, mais ce sera fait. Même les femmes peuvent vivre cette situation.

Il ne faut pas s'imaginer que seules les travailleuses du sexe peuvent avoir une aventure passagère. Personne n'est à l'abri et si personne n'est à l'abri de cette situation, si le préservatif ne signifie pas amour, ce qui est aberrant, alors la femme pourra accepter le préservatif comme un moyen de lutte contre les IST VIH/SIDA.

Lorsque ceci sera clair dans leur tête, à ce moment, elles pourront facilement négocier le port du préservatif avec leur conjoint.

Je pense que lorsqu'un couple s'aime, lorsque le mari aime sa femme, il a confiance en elle, il écoute ses conseils et ses suggestions et lorsque la femme suggère le port du préservatif, pas comme un moyen pour la débauche mais comme un moyen pour préserver l'avenir de la femme, de la famille, à ce moment là le préservatif aura une place.

Le préservatif devient un arrangement comme n'importe qu'elle autre chose. Ce ne sera plus un chantage, mais un geste qui souligne qu'on est responsable de la famille.

NB : *Dans cet exemple, il s'agit de produire une vidéo qui encourage le dialogue constructif au sein d'un couple dans un langage facilement accessible aux migrants.*

Exemple 2. *Une vidéo qui montre que sous l'emprise de l'alcool, il peut y avoir une baisse de la vigilance pouvant entraîner la non-utilisation des moyens de protection à notre disposition.*

Démonstration 1 : *Monsieur x est célibataire et vit seul chez lui. Pour meubler sa soirée, il se rend dans une discothèque de la place dans laquelle, suite à sa demande, il se voit offrir gracieusement un lot de quatre préservatifs par le médiateur en santé présent, suivi de précieux conseils. Il fera la connaissance d'une partenaire occasionnelle qui, ignorant son statut sérologique s'est trouvée incapable d'aborder le sujet sur le préservatif avec Mr x qui était sous l'emprise de l'alcool. La vidéo peut à partir des découpes montré dans un premier temps le risque encouru par Mr x et sa partenaire au volant sur le chemin du retour et dans un deuxième temps la baisse de la vigilance qui l'empêche d'utiliser le préservatif. C'est après le départ précipité de sa partenaire occasionnelle aux premières lueurs de la matinée qu'il retrouvera finalement ses sens et se rendra malheureusement compte que le lot de quatre préservatifs en question n'a pas été utilisé puisqu'il s'est retrouvé en tenu d'Adan et Eve , preuve qu'il a eu des rapports sexuels non protégés. Imaginons un peu le désarroi ...*

Beaucoup d'autres vidéos peuvent être conçues dans ce contexte c'est-à-dire en tenant compte de toutes ces représentations, en les modifiant, en les régulant, en suscitant des interrogations, de la réflexion, des échanges, des prises de positions sur la thématique du VIH/SIDA, et enfin en y associant de l'humour.

Démonstration 2 : *Imaginer un dialogue concis et précis entre deux jeunes amoureux (16 et 17 ans) qui se rencontrent pour la première fois et dont le sujet de discussion concerne la négociation du port du préservatif. L'un est pour son utilisation tandis que l'autre est contre. L'objectif de la communication à travers ce dialogue est de permettre*

aux jeunes et adultes qui sont pour son utilisation d'avoir de bons arguments lorsqu'ils ou elles se trouvent dans une situation délicate. « Mettre un préservatif n'est pas un signe de prostitution et ne veut pas dire qu'on a le VIH. Cela signifie simplement qu'on se protège et qu'on protège l'autre » Imaginez un seul instant que je sois porteur d'une IST ou du VIH sans le savoir ? Et bien parfois certaines personnes vivant avec le VIH préfèrent insister sur l'utilisation du préservatif que d'annoncer leur séropositivité dans ce genre de situation.

L'idée m'est venue de penser à un dialogue pareil lors d'une expérience de terrain dans des établissements scolaires en Afrique où j'exhortais les jeunes dans une confrontation d'idées sur le sujet de la négociation du port du préservatif. Je remarquais que la plus part qui étaient pour son utilisation manquaient cruellement d'arguments pour emmener le ou la partenaire à comprendre leur position.

2 . Caractéristiques et contexte de la population bénéficiaire.

Les populations migrantes des pays les plus touchées par le VIH sont le Mali, la République démocratique du Congo, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Sénégal. C'est une population qui a une bonne connaissance des principaux modes de transmission selon une enquête réalisée par Santé Publique France et l'observatoire régionale de santé d'Île de France ; C'est une population qui a encore des attitudes parfois discriminantes ; C'est une population qui a peu de connaissances sur l'existence des traitements contre le VIH qui est une motivation de plus pour se faire dépister ; Le préservatif est perçu comme étant le moyen de protection le plus efficace ; 40% de cette population ont une image encore négative du préservatif parce qu'il est couramment associé à l'idée du multi partenariat bien que son utilisation soit à la hausse ; c'est une population où on dénombre plusieurs qui ne sont pas ou peu scolarisées : d'où une cible prioritaire pour la prévention ; Les femmes ont une maîtrise plus difficile de la prévention ; Ce sont des personnes en situation de précarité sociale et administrative avec un accès incertain à la prévention ; Bon nombre de personnes issues de cette communauté sont en situation irrégulière qui les emmène à vivre dans l'anonymat de peur d'être interpellées par les services de police : ce qui explique la difficulté pour eux de se rendre dans des structures publiques de soins ou dans des centres de dépistage anonymes et gratuits du VIH ; Les personnes migrantes d'origine subsaharienne sont d'avantage installés en milieu urbain, et dans les foyers. L'intégration sociale est généralement assez faible. L'émigration est souvent associée à des causes économiques ou politiques. Souvent peu diplômés et en situation précaire, les immigrants viennent pour travailler et nombreux sont ceux qui se sentent investis d'une responsabilité vis-à-vis de leur famille restée au pays. La perte de leur intégrité physique par le VIH/SIDA est vécue comme une véritable catastrophe. L'accès à l'information passe par les médias tels que les radios identitaires (Africa N°1 , RFI...). La presse est adoptée par les étudiants de niveau social plus élevé. Enfin, la télévision sert de véhicule d'informations et actuellement depuis quelques mois seulement, plusieurs chaînes de télévisions publiques et privées des pays bénéficiaires sont regardées en France : ce qui est encourageant pour un processus d'échanges de programme entre le Nord et le Sud sur les questions de santé afin de palier à ce manque.

2.2 Approches qui doivent être renforcées par rapport au contexte actuel dans laquelle cette population se trouve.

Par rapport à certains aspects qui caractérisent cette population comme je l'ai mentionné plus haut, la meilleure façon aussi de freiner la propagation du VIH consisterait à diversifier d'avantage les approches informatives et novatrices sur le sujet et savoir ne se cantonner ni uniquement à du facteur épidémiologique, ni simplement à des aspects biomédicaux purs comme le préconisais Jean-Marie Milleliri dans le journal du SIDA N°86-87 de juin à juillet 1996.

Selon lui, si information équivalait mathématiquement à résultat positif de l'action, il suffirait de moins de moyens pour enrayer la progression de la pandémie. Néanmoins sans information préalable, sans inter communicabilité entre les formes du savoir sur l'infection et sur la maladie, les actions seraient chaotiques.

L'information comme la prise en charge du malade, de la personne vivant avec le VIH doit être globale.

La misère vécue par ces populations limite l'importance de la santé quand on est avant tout préoccupé par les conditions de vie. Un proverbe bien connu ne dit il pas que

*« **Ventre affamé n'a point d'oreilles** ». Au début des années 90 qui précédait le début de l'épidémie, il était encore possible de mobiliser ces populations dans des salles pour les sensibiliser. Aujourd'hui le contexte a changé et il fallait innover. Et c'est à ce titre que des associations de prévention auprès des migrants à l'instar d'Avenir cible sa population selon les orientations institutionnelles en allant les toucher directement sur les lieux de vie comme les discothèques, les parvis de métro et gare, les salons de beauté, les soirées festives et culturelles, les églises et restaurants fréquentés par les populations subsahariennes Cette association utilise des supports tels que les calendriers avec des photos de personnalités du monde politique, scientifique, artistique etc..., considérées comme des modèles pour ces population pour passer des messages adaptés et inspirés des perceptions de ces populations face à l'épidémie. Nous citerons aussi le CRIPS et bien d'autres comme le GRDR qui ont produit des vidéos. Je pense et adhère entièrement à l'idée de l'impact plus direct produit par l'image que le message écrit. L'image est plus adaptée à un public de tradition orale. L'expérience du GRDR qui est une ONG travaillant depuis quarante ans sur l'accompagnement des dynamiques issues de l'immigration subsaharienne et notamment dans le bassin du fleuve Sénégal montre que les outils vidéo que cette ONG produit sont réalisés avec les personnes concernées c'est-à-dire issues de l'immigration. Ce ne sont ni des acteurs, ni des professionnels de santé. Ce travail est à la fois un outil de prévention et un moyen pour exercer une prévention transversale dans une approche de santé communautaire. Pour briser le silence et ouvrir la discussion auprès des femmes séropositives et à celles qui étaient confrontées à des messages de prévention, ou ayant simplement un besoin de dialogue, l'association a emmené ces jeunes femmes avec qui elle travaillait a créé des sketches qui se révèlent être le moyen d'ouvrir la discussion autour d'un sujet qu'elles n'arrivaient pas à aborder autrement que via une fiction. D'après la responsable du programme santé du GRDR à travers leur expérience, cette vidéo dépasse le message classique des autres outils de prévention (prévention, dépistage, stigmatisation) et va interroger le pourquoi de ce silence entre générations : est-ce que ce sont les filles qui souffrent de ce manque de dialogue ou aussi les mères ? Comment arrive-t-on à se parler ? Pourquoi pense-t-on que parler de sexualité peut encourager les jeunes à la sexualité ? Pourquoi le mariage est vécu symboliquement comme une barrière à la pathologie ? Quels sont les facteurs de risque auxquels les femmes sont davantage confrontées ? Dans ces films, toutes ces*

questions sont abordées parfois d'une façon dérisoire et c'est par cette mise en scène que les femmes ont réussi à ouvrir un débat.

La baisse de la vigilance dans la prévention du VIH peut aussi se rapporter selon mon constat à cette confusion par certaines personnes des termes traitements efficaces et traitements curatifs. Les perdus de vue dans les services de maladie infectieuses et tropicales peuvent aussi être dus au regard stigmatisant que certains patients portent à ces services. Il me semble impératif de valoriser l'image de ces structures en expliquant aux patients et autres usagers qu'ils ne sont pas seulement réservés à l'infection à VIH mais aussi aux autres pathologies infectieuses chroniques à l'instar de la tuberculose, la grippe, la toux et autres affections respiratoires aiguës; leur faire savoir qu'avant l'avènement du SIDA, les services de maladie infectieuses existaient déjà. Les services de gratuité ne sont pas bien encrés dans la culture de certaines personnes. La gratuité des préservatifs lors des actions de terrain ou l'offre gratuite des TROD est parfois perçue avec hésitation quelques fois par rapport à leur qualité et leur fiabilité. Il me semble nécessaire de penser à un mode de communication qui explique le pourquoi de cette gratuité par exemple les informant que les préservatifs et TROD offerts gracieusement sont subventionnés par l'état à travers les institutions de santé publique qui les financent pour eux. Au sortir d'une consultation certains patients jugent la prestation de leur médecin. Parmi eux le bon médecin est celui qui accorde beaucoup de temps lors d'une consultation. Le bon traitement c'est le bon médecin, c'est le bon hôpital. Accorder beaucoup plus de temps, c'est répondre aux questionnements concernant la gestion des effets secondaires des médicaments et aussi sur l'évolution de la science par rapport aux nouvelles découvertes des traitements qui ont un rapport direct avec leur pathologie. Ce constat nous amène à comprendre le rôle fondamental et incontournable d'un médiateur de santé comme interface entre la communauté des soignants et celle des soignés. Le rôle du médiateur dans une unité pour soins à l'instar du CARHEMIIC situé dans l'enceinte de l'hôpital la Pitié Salpêtrière dans lequel j'ai effectué un stage de deux semaines m'a amené à faire cette réflexion sur les bienfaits de la médiation en santé dans une structure hospitalière qui accueille des patients migrants originaires pour la plupart de l'Afrique subsaharienne : Le médiateur en santé élabore son planning d'entretien en fonction des plages horaires du ou des médecins du ou des services concernés. Cette stratégie est avantageuse non seulement pour le médecin pour le gain du temps de consultation mais aussi pour le patient qui, à la fin de la consultation est immédiatement reçu par le médiateur qui lui consacrerà à nouveau un temps d'écoute dans son parcours de soins en vue de répondre à ses questionnements. Nous savons bien que ces préoccupations sont souvent liées à la culture et à la barrière linguistique de certains patients qui éprouvent des difficultés du vocabulaire scientifique sur leur pathologie. Préalablement imprégné sur les croyances et traditions socio-culturelles des pays d'origine des patients migrants, le rôle du médiateur est celui d'écouter, d'accompagner, d'orienter, de soutenir, de rassurer, d'informer, d'éduquer afin de raviver l'espoir auprès de ces personnes vulnérables.

Exemple (1) de situation rencontrée pendant ma période de stage :

Camara est âgé de 16 ans et originaire d'Afrique. Il a rejoint ses parents en France il ya de cela quelques mois seulement. C'est au cours d'un dépistage hors les murs sur le VIH et de l'hépatite B organisé par le médiateur et son équipe dans un foyer Parisien qu'il s'est rendu compte de son infection par le virus de l'hépatite B. Il n'a jamais entendu parler des hépatites et affirme n'avoir jamais eu de relations sexuelles. IL n'a jamais été scolarisé et s'exprime moyennement en français grâce à une volonté farouche

d'adaptation en quelques mois seulement auprès de ses camarades français. Il souhaite savoir quand il a été contaminé et a peur de mourir et pense beaucoup à sa petite sœur restée au pays.

Face à une situation comme celle-ci, le médiateur a fait non seulement usage des codes de conduite qui régissent sa profession mais aussi et surtout de son ingéniosité pour accompagner au mieux son patient dans son parcours de soin. L'utilisation d'un vocabulaire adapté ou d'un dialecte familier pour expliquer la maladie, ses modes de transmission, sa manifestation et son traitement. La reconnaissance de ses limites et le non jugement par le médiateur de santé lors de ses entretiens sont des codes de bonnes conduites ; car il est nécessaire ici de souligner que reconnaître ses limites, c'est de ne pas se substituer au médecin, à l'assistant social, au psychologue etc... pour ne citer que ceux là, mais être en mesure d'expliquer aux patients le pourquoi de cette position.

Exemple (2)

Bineta est âgé de 35 ans et est originaire d'Afrique. Elle est récemment arrivée en France comme beaucoup d'autres d'après elle pour des raisons économiques. C'est après un bilan de santé qu'elle s'est rendue compte de son infection par le virus de l'hépatite B. Elle également ignore cette pathologie et ne sait pas comment elle l'a contractée. Elle souhaite savoir pourquoi son partenaire principal n'a pas été contaminé et sollicite de l'aide auprès du médiateur pour un dortoir en soupirant « Ah oui la France !!! A travers les images et informations véhiculées à l'extérieur, on a l'impression que c'est bleu, mais une fois sur place, c'est rouge »

Pour accompagner ces deux patients avec aisance, le médiateur s'est appuyé sur les bonnes pratiques et le code de conduite qui régissent sa profession à savoir :

- 1) *La posture*
- 2) *L'écoute*
- 3) *La reformulation*
- 4) *La confidentialité*
- 5) *L'ingéniosité*
- 6) *Le ressourcement*
- 7) *La reconnaissance de ses limites*
- 8) *Le non jugement*
- 9) *Le respect de la volonté des patients.*

2.2 Evolution de la réponse institutionnelle de la prévention et la communication en direction des migrants en France

1 – L’alerte épidémiologique

A partir de 1999, l’Institut de veille sanitaire confirme les inquiétudes des associations en publiant un rapport détaillé sur la situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. La nécessité d’actions spécifiques se fait alors plus pressante. Un programme de communication en direction des migrants se met en place progressivement, en s’appuyant essentiellement sur le renforcement de partenariats avec des radios communautaires, compromis qui avait l’avantage de délivrer des messages de prévention aussi affinés que possible tout en évitant une visibilité grand public, source potentielle de stigmatisation.

Les tendances épidémiologiques se confirment : certaines populations étrangères sont particulièrement touchées par le VIH/SIDA, les personnes de nationalité d’un pays d’Afrique subsaharienne, d’Afrique du Nord et d’Haïti. Ces migrants sont identifiés comme « groupe prioritaire » du programme national de prévention du VIH/SIDA pour les années 2001-2004. Les acteurs cherchent à approfondir leur connaissance de ce public particulier. Santé Publique France redéfinit sa place sur l’échiquier de la prévention sida en direction des migrants. Lors de la 68^{ème} rencontre du CRIPS, l’un de ses dirigeants disait je cite : « La question il ya dix ans n’était pas la visibilité de la population migrante mais la dicibilité . A l’époque nous avons fait venir des acteurs de prévention d’Allemagne, d’Angleterre, de Suisse et tous montraient que cela ne pouvait marcher que si les communautés elles-mêmes s’impliquaient dans la prévention. A l’époque cela paraissait impossible en France. C’était une prévention « pour ». Nous sommes passés à une prévention « avec ».

2- La redéfinition de la place de la communication

Désormais, les pouvoirs publics donnent toute leur place aux actions de communication en direction des migrants, sans pour autant délaissier le travail de proximité. Le programme de communication sur le sida en direction des migrants doit tout d’abord assurer aux associations une visibilité médiatique dont l’objectif est triple : permettre au public de se sentir plus concerné par les recommandations émises par les pouvoirs publics, renforcer la légitimité des messages émanant de la communauté, et permettre d’impulser de nouvelles actions en valorisant ce qui se fait déjà. Le programme de communication veille à associer également les acteurs associatifs et les pairs des communautés concernées, à travers la mise en place de groupes de travail en amont de la réalisation des actions. Enfin, tous les outils audio, vidéo, et hors médias (brochure, dépliant) sont mis à disposition des acteurs de terrain pour leur permettre une réutilisation dans le cadre de leurs actions. Les études et recherches et les remontées du terrain ont permis de renforcer les connaissances sur les perceptions du VIH/SIDA

et les comportements de prévention des migrants. Elles ont permis d'élaborer une stratégie de communication plus spécifique, tant en termes de contenu que de moyens. Pour faire émerger la problématique du sida dans un contexte de déni et de tabou, les actions d'information et de prévention du VIH/SIDA doivent investir un maximum de supports, et profiter notamment des fêtes communautaires et des grands rassemblements (Coupe d'Afrique des Nations, 1^{er} Décembre, voire Ramadan). Des actions hors médias (brochures, dépliants...) peuvent également être conçues en direction de ces populations, en veillant à ce que les messages soient simples et concrets. La télévision apparaît cependant essentielle pour renforcer l'impact des messages auprès de ces populations. Santé Publique France a ainsi réalisé un certain nombre de fictions sous forme de films courts diffusés sur des chaînes communautaires. Santé Publique France met en œuvre un certain nombre d'actions de communication élaborées selon une méthodologie qui prend tout d'abord en compte les spécificités relatives à la population migrante : la vulnérabilité liée à l'épidémiologie, la migration, la précarité et les phénomènes de précarisation spécifiques ainsi que les difficultés d'accès aux soins. Selon Elodie AINA, chargée de mission migrant-Dom à Santé Publique France, « l'action menée par les acteurs de proximité est considérée comme l'unique moyen efficace de toucher au plus près et de manière durable la population migrante. Elle doit s'appuyer sur les références culturelles du public visé en veillant à ne pas heurter les principes de base et éviter toute forme de dénigrement ; se fonder sur des messages simples, concrets et adaptés en tenant compte de la lecture de la cible selon les différents degrés ».

3.Stratégie de communication sur la prévention du VIH/SIDA dans les lieux de vie : L'exemple de l'association Afrique Avenir dans les lieux de vie très fréquentés par les populations originaires d'Afrique subsaharienne et des Antilles en France à savoir parvis des gares et métro, discothèques.

Malgré leurs différentes configurations, les discothèques sont des lieux propices pour des actions de prévention sur les IST et le VIH/SIDA.

L'objectif de la communication avec les usagers dans ces lieux est de mettre les jalons d'un processus de changement de comportement favorable à la santé en suscitant des interrogations, de la réflexion, des échanges, des prises de positions sur la thématique du VIH/SIDA. Il s'agit d'arriver à faire modifier les représentations collectives d'un comportement négatif (exemples : « le préservatif est pour les blancs » ; « il diminue le plaisir sexuel », « il est utilisé par les vagabonds sexuels ». « Le sida touche les personnes aux légères mœurs »). Le travail va consister dans ce cas d'espèce de renforcer l'image positive des préservatifs (masculin et féminin)

Activités de l'acteur de santé et du DJ sur le terrain

Pour capter l'attention et faciliter les échanges avec les usagers dans les discothèques, L'acteur de santé adopte des stratégies de communication qui diffèrent d'une discothèque à l'autre à cause de leurs différentes configurations, et l'atmosphère des lieux.

Préparation de la communication du DJ

Dès son arrivée, l'acteur de santé se met en lien avec le DJ pour faire le point et l'aider à préparer sa communication.

- L'acteur de santé lui remet une plaquette intitulée « **le carnet de bord du DJ** » sur laquelle figurent des messages courts sous forme de spot proposés par l'équipe d'Afrique d'Avenir en fonction du thème abordé ;

-IL lui rappelle l'objectif de la communication, la vision négative par exemple du préservatif en milieu africain : signe « d'infidélité », de « vagabondage », de « prostitution », « suspicion à propos de la sérologie de celui ou celle qui le propose »

-Expliquer la situation épidémiologique prévalent chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en île-de-France et le rôle du préservatif dans la protection des personnes ;

-Rappeler le résultat attendu de la communication : « sensibiliser les clients sur l'importance des messages en fonction des thèmes proposés de façon à les inciter à réfléchir, à s'interroger sur les représentations négatives qui sont souvent véhiculées.

Hormis le message, le DJ aura à présenter l'association et ses objectifs et à orienter les clients vers l'acteur de santé.

Pour être audible de tous, le message devra être diffusé dans une atmosphère propice : son de la musique faible, lumière pour que le DJ puisse s'adresser convenablement aux clients. Ainsi, l'acteur de santé aura à négocier avec le DJ et/ou le tenancier pour l'obtention de ces conditions.

Communication de l'acteur de santé

Dans un milieu animé comme une discothèque et où la préoccupation première des clients est de « faire la fête », l'acteur de santé doit user de son savoir faire pour les intéresser à l'action de prévention.

Pour y parvenir, il lui faudra :

-Eviter d'agacer les personnes en les abordant par exemple quand elles sont concentrées sur l'évènement, car le résultat serait négatif,

-Les intercepter et leur parler, quand elles reviennent des toilettes, au bar ou à l'entrée pour fumer, en prenant soin de se présenter, présenter l'action de prévention (objectif, contexte) et les inciter à échanger en leur rappelant l'importance de leurs opinions dans la lutte contre le VIH/SIDA,

-Demander leurs opinions en leur présentant les cartes postales,

-Leur donner le temps de lire et de comprendre les messages que ces cartes portent ;

-La suite des échanges dépendra des réflexions de l'interlocuteur (trice) par rapport au sujet : l'acteur de santé relancera en demandant les raisons pour lesquelles il (elle) adopte telle ou telle idée : il ne s'agit pas ici d'une enquête mais plus tôt d'un entretien qui a pour objet de pousser la personne à réfléchir, émettre des idées, des convictions par rapport à un sujet et à tout ce qui se dit à propos, et au-delà de l'échange, d'enclencher le processus d'un changement positif de perception, de mode de pensée vis-à-vis d'un sujet évoqué.

-Terminer la fin de l'entretien sans oublier de remercier l'utilisateur

-L'acteur de santé retiendra mentalement l'évolution de la pensée de l'utilisateur : les positions de départ et celles en fin de discussion,

-Trouver le moment de noter l'essentiel des échanges entre deux entretiens.

NB : *Il faut aussi préciser que lorsque l'acteur de santé se retrouve sur le terrain, l'une des tâches à accomplir avant l'arrivée des usagers, c'est la disposition sur toutes les tables prévues pour les boissons quelques préservatifs masculins et féminins, ainsi que des dépliants sur le thème de communication en cours. Cette stratégie permet aux premiers arrivés et ceux qui les suivront de prendre connaissance des messages, d'enclencher le débat entre partenaires sur les préservatifs, le test de dépistage du VIH, la stigmatisation, etc..... Elle permet aussi à ceux ou celles qui n'ont pas le courage d'affronter le regard des autres pendant la distribution par l'acteur de santé des préservatifs, de les récupérer tranquillement sur leur table. Cette stratégie permet aussi à l'acteur de santé le recueil des opinions des uns et des autres pendant le tour des différentes tables auprès des usagers qui ne sont pas sur la piste de danse. L'idée est d'être assez bref mais tout en leur apportant quelque chose de positif.*

4. DU Médiation en Santé : Leçons apprises et perspectives

Longtemps impliqué dans la lutte contre le VIH/SIDA en qualité d'acteur santé, mon souhait a toujours été celui d'être au service des préoccupations humaines afin de raviver l'espoir auprès des usagers et populations vulnérables.

Aujourd'hui, ce souhait est devenu réalité grâce aux initiateurs de cette formation que je remercie au passage. Celle-ci m'a permis de m'informer sur certains thèmes et aspects de santé publique jamais abordés dans mon parcours et qui me seront indispensables pendant mes activités de terrain à savoir :

- 1) Les principales pathologies non transmissibles chroniques comme les cancers, la drépanocytose, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie ;*
- 2) Les principales pathologies chroniques aiguës que sont le paludisme, les infections communautaires, les maladies cardio-vasculaires ;*
- 3) Les repères en santé mentale, souffrance psychique, souffrance sociale, mise en échec, trauma, psychose, démence.*
- 4) Les principaux handicaps*
- 5) La santé maternelle et infantile, périnatalité.*
- 6) Situations cliniques sur les différents aspects de la médiation ;*
- 7) La médiation en santé par les patients « pairs éducateurs »*
- 8) Expérience de la migration auprès des patients infectés VIH*
- 9) Les Médicaments : Objets chimiques / Objets sociaux*
- 10) Techniques et outils de communication individuelle*
- 11) Le système sanitaire et social en France : connaissances sur le fonctionnement des institutions*
- 12) Approches socio culturelles de la santé et de la maladie*
- 13) Droits et médiation*

Références bibliographiques

1. CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du VIH) *Stratégie de Prévention du VIH auprès des migrants : 68^{ème} rencontre du CRIPS, ile de France. Lettre d'information N°85 février 2008*

2. SMIT (service des maladies infectieuses et tropicales)

Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/SIDA : Connaissances, attitudes, croyances et comportements « édition Santé Publique France »

3. TRANSCRIPTASES (Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites) N° 114- Février /Mars 2004 : *Les enjeux de la communication en direction des populations migrantes*

4. LE JOURNAL DU SIDA N°86-87 juin-juillet 1996

5. SWAAC (Association des femmes Africaines face au Sida du Cameroun)

6. TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique)

7. CARHEMIIC (Consultation Ambulatoire de Rhumatologie, Hépatologie Médecine Interne et Immunologie clinique)

8. *Diapositives cours de Médiation en Santé.*

Source : Patricia DIGBO ;
Lucile-Gacon ; Laurent-Vignier ;

