

**Diplôme universitaire de Médiation en santé – Année 2025**

**La médiation en santé dans l'accompagnement des femmes diabétiques en situation de précarité**

**Par Sophie Delord Viet**

UNIVERSITÉ  
SORBONNE  
PARIS NORD

# Sommaire

## Introduction

### I/ Le diabète : physiopathologie et conséquences sur la santé

1. **Physiopathologie**
  - 1.1 Le diabète de type 1
  - 1.2 Le diabète de type 2
  - 1.3 Le diabète gestationnel
2. **Les conséquences du diabète**
  - 2.1 Les complications communes à tous les types de diabète
  - 2.2 Les complications spécifiques au diabète gestationnel

### II/ La précarité, un obstacle global à la santé des femmes diabétiques

1. **Santé, précarité et inégalités sociales**
2. **Les besoins fondamentaux : Virginia Henderson et la pyramide de Maslow**
3. **Les freins à la gestion du diabète**
  - 3.1 L'accès à une alimentation équilibrée
  - 3.2 Des conditions de vie instables
  - 3.3 Un parcours administratif complexe
  - 3.4 La barrière linguistique
  - 3.5 L'accès à l'information
  - 3.6 Les représentations culturelles

### III/ La médiation en santé : un levier face aux difficultés

1. **Rôle et posture du médiateur en santé**
  - 1.1 Le counseling, écouter pour mieux accompagner
  - 1.2 Créer un lien de confiance
  - 1.3 Accueillir les croyances pour mieux soigner
2. **La médiation en santé : un pont entre patientes et soignants**
  - 2.1 Légitimer le rôle de médiateur
  - 2.2 Faciliter les échanges
  - 2.3 Changer les regards pour améliorer la relation de soin
  - 2.4 Développer son réseau pour orienter
3. **Des outils et des actions de médiation**
  - 3.1 Utiliser la santé communautaire comme levier de transformation collective
  - 3.2 Renforcer la littératie en santé
  - 3.3 Favoriser le pouvoir d'agir

## Conclusion

## Remerciements

## Sources

## Introduction

Je m'appelle Sophie Viet et je suis actuellement en formation au Diplôme Universitaire de Médiation en Santé à l'Université Sorbonne Paris Nord, sur le campus de Bobigny. Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de cette formation et s'appuie à la fois sur mon expérience professionnelle actuelle, mon parcours antérieur dans le secteur hospitalier, ainsi que sur les apprentissages issus de mon stage et de la formation.

Il y a dix ans, j'ai été recrutée comme auxiliaire de puériculture à l'hôpital de Gonesse, où j'ai exercé dans différents services : la néonatalogie, la pédiatrie et la maternité.

En octobre 2024, un poste de médiatrice en santé m'a été proposé dans le cadre d'une création de poste financé par l'Agence Régionale de Santé, en réponse à l'augmentation préoccupante de la mortalité périnatale dans le Val-d'Oise.

À ce moment-là, je ne connaissais pas ce métier. Mais les équipes qui m'encadraient connaissaient mon parcours et mon expérience et elles m'ont expliqué que ce poste correspondait bien à mes compétences et à mes valeurs.

J'ai donc entrepris des recherches personnelles sur la médiation en santé. J'ai découvert un métier profondément humain, fondé sur l'écoute, le lien de confiance et la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Convaincue de l'utilité et de la nécessité de ce rôle auprès des personnes les plus vulnérables, j'ai accepté ce nouveau poste avec enthousiasme et motivation.

Lorsque j'ai pris mes fonctions de médiatrice en santé, j'ai rapidement constaté un besoin urgent d'accompagnement spécifique pour les femmes diabétiques vivant en situation de précarité.

Cette vulnérabilité, liée à la fois à la précarité sociale et à la gestion d'une maladie chronique, rend l'accès aux soins difficile et complique le parcours de santé.

Ce constat m'a poussée à réfléchir aux solutions que la médiation en santé pouvait apporter pour faciliter l'accès aux soins et mieux accompagner ces femmes.

C'est ce besoin clairement identifié qui m'a motivée à choisir ce sujet de réflexion :

### *La place de la médiation en santé dans l'accompagnement des femmes diabétiques en situation de précarité.*

Dans le cadre de la formation, j'étais tenue de réaliser un stage pratique.

J'ai donc cherché une association en lien avec le diabète et la précarité, en ciblant particulièrement celles qui accompagnent les femmes, pour mieux comprendre leurs difficultés spécifiques.

C'est ainsi que j'ai identifié et contacté l'association Ikambere. J'ai eu l'opportunité de réaliser un stage au sein d'Igikali, « la Maison apaisante », une structure créée en 2022 par Ikambere, spécialement dédiée à l'accompagnement des femmes en situation de grande précarité atteintes de maladies chroniques, comme le diabète.

Ce stage a été particulièrement enrichissant, d'autant plus que c'était ma première expérience dans le milieu associatif, ce qui m'a permis de développer de nouvelles compétences pratiques et de mieux comprendre les enjeux de l'accompagnement de ce public vulnérable.

Dans ce mémoire, je proposerai tout d'abord une présentation du diabète, en abordant ses mécanismes physiopathologiques, ses facteurs de risque ainsi que ses conséquences sur la santé. J'aborderai ensuite les difficultés spécifiques rencontrées par les femmes en situation de précarité face à cette maladie chronique. Pour terminer, je présenterai le rôle central de la médiation en santé, véritable levier pour faciliter l'accès aux soins et promouvoir l'autonomisation des patientes.

# **I/ Le diabète : physiopathologie et conséquences sur la santé**

Le diabète est devenu l'une des principales préoccupations de santé publique au niveau mondial. En 2024, on dénombrait 589 millions de personnes atteintes de diabète, et ce chiffre ne cesse de croître chaque année. En France, plus de 4 millions de personnes vivent avec cette maladie.

## **1. Physiopathologie**

Lors de notre formation, le Dr Sylvain Lejeune nous a présenté la physiopathologie du diabète ainsi que ses principales complications.

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par un taux de sucre élevé dans le sang, appelé hyperglycémie.

Le corps humain a besoin d'énergie pour fonctionner correctement. Cette énergie provient des glucides ingérés, transformés en glucose, qui est la principale source d'énergie pour l'organisme.

Le pancréas régule le taux de glucose dans le sang grâce à une hormone appelée insuline. L'insuline permet au glucose de pénétrer dans les cellules où il est utilisé comme carburant. Lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou que celle-ci est mal utilisée par l'organisme, le glucose s'accumule dans le sang, ce qui entraîne une hyperglycémie, caractéristique du diabète.

Les causes du diabète varient selon le type de diabète.

### **1.1 Le diabète de type 1**

Le diabète de type 1 représente environ 6 % des cas. Il touche principalement les enfants et les jeunes adultes. C'est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire détruit les cellules productrices d'insuline. Le traitement repose sur des injections quotidiennes d'insuline.

### **1.2 Le diabète de type 2**

Le diabète de type 2 est le plus courant, représentant environ 92 % des cas. Il apparaît généralement après 40 ans, souvent en lien avec le surpoids et la sédentarité. Il est causé par une résistance à l'insuline et une production insuffisante de cette hormone. Le traitement repose sur une bonne hygiène de vie et, parfois, sur la prise de médicaments.

### **1.3 Le diabète gestationnel**

Grâce aux cours du Dr Sophie Gaudu, gynécologue dans le cadre du DU, ainsi qu'aux échanges avec le Dr Kamel Mezghrani, médecin référent en diabétologie à l'hôpital de Gonesse, j'ai approfondi mes connaissances sur le diabète gestationnel.

Il touche environ 1 femme enceinte sur 6. Ce type de diabète survient pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement.

Pendant la grossesse, le placenta produit des hormones qui augmentent le taux de sucre dans le sang de la mère. Si le pancréas ne réussit pas à compenser cette hausse, cela provoque une hyperglycémie. Le sucre en excès passe alors au bébé, ce qui peut parfois entraîner un bébé macrosome (plus de 4 kg) et des complications lors de l'accouchement.

Mon parcours, tant personnel que professionnel, m'a permis d'être confrontée à ces différentes formes de diabète.

En tant qu'auxiliaire de puériculture en pédiatrie, j'ai participé à l'accompagnement d'enfants atteints de diabète de type 1, notamment à travers des ateliers d'éducation thérapeutique organisés par des équipes pluridisciplinaires.

Dans le cadre de mon stage à Igikali, j'ai été amenée à accompagner des femmes en situation de précarité, majoritairement concernées par le diabète de type 2, une forme également présente dans mon environnement familial.

Enfin, en tant que médiatrice en santé en maternité à l'hôpital de Gonesse, j'accompagne régulièrement des patientes atteintes de diabète gestationnel.

Ces expériences variées ont nourri ma compréhension de cette pathologie et motivé mon choix de sujet autour de l'accompagnement des femmes diabétiques.

## **2. Les conséquences du diabète**

Le diabète ne se résume pas à un déséquilibre du sucre dans le sang. Il peut entraîner des problèmes de santé majeurs et avoir des conséquences sérieuses.

### **2.1 Complications communes à tous les types de diabète**

Le diabète mal contrôlé peut entraîner des complications graves touchant plusieurs organes du corps. Parmi les plus courantes, on trouve :

- Des atteintes cardiovasculaires : Hypertension, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux.
- Des complications rénales : une insuffisance rénale chronique, nécessitant parfois une dialyse.
- Des neuropathies périphériques : Les nerfs, souvent au niveau des pieds, sont affectés, ce qui peut mener à des douleurs, des pertes de sensibilité, et des infections graves si elles ne sont pas traitées.
- Une rétinopathie diabétique : Les complications oculaires du diabète peuvent entraîner des troubles de la vision, voire la cécité si elles ne sont pas prises en charge.
- Retard de cicatrisation et infections : En raison de l'altération du système immunitaire, les personnes diabétiques sont plus susceptibles de développer des plaies chroniques, notamment aux pieds.

## 2.2 Complications spécifiques au diabète gestationnel

Pour la mère :

- Risque accru de prééclampsie
- Risque de développer un diabète de type 2 après la grossesse
- Risque de complications obstétricales (césarienne, hémorragie de la délivrance)

Pour l'enfant (périnatal et néonatal) :

- Macrosomie fœtale (poids > 4 kg)
- Accouchement difficile (dystocie des épaules, césarienne)
- Hypoglycémie néonatale
- Détresse respiratoire
- Hyperbilirubinémie (ictère)
- Polyglobulie (augmentation du nombre de globules rouges)
- Risque accru de développer un diabète ou une obésité à l'âge adulte

Une situation m'a particulièrement marquée : une adolescente que j'avais connue en pédiatrie pour un diabète mal équilibré est revenue quelques années après, enceinte à la maternité. Je l'ai accompagnée en tant que médiatrice en santé, mais malgré les recommandations du diabétologue, elle ne prenait pas la mesure des risques et ne soignait pas son diabète. Son bébé, macrosome, a dû être extrait par forceps en raison d'une détresse respiratoire et il a souffert d'une fracture de la clavicule.

Le diabète est donc une maladie complexe qui affecte plusieurs organes et peut entraîner des complications graves si elle n'est pas bien prise en charge.

Cependant, au-delà des aspects médicaux, il est important de comprendre que la santé des personnes atteintes de diabète est aussi influencée par leur environnement. La précarité, en particulier, peut compliquer l'accès aux soins et le suivi médical.

## **II / La précarité, un obstacle global à la santé des femmes diabétiques**

### **1. Santé, précarité et inégalités sociales**

Dans le cadre du DU, nous avons exploré la notion de santé avec le Dr Julie Figoni, médecin à Santé publique France, en nous appuyant sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui définit la santé comme :

« Un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé est un état d'équilibre, influencé par des facteurs personnels, sociaux et environnementaux.

Le diabète est une maladie trois à quatre fois plus fréquente chez les personnes en situation de précarité. Cela met en évidence le lien direct entre la précarité et la santé, en montrant notamment que vivre dans des conditions difficiles complique la prise en charge de maladies chroniques.

L'intervention lors du DU de Mr Cyril Crozet, expert en santé publique, a mis en lumière l'influence des déterminants sociaux de la santé, tels que les conditions de vie, le niveau de revenus, l'éducation et l'accès aux soins. Ces facteurs rendent la prise en charge du diabète particulièrement complexe pour les populations vulnérables.

La précarité est définie, selon l'OMS, comme « l'absence des sécurités essentielles permettant aux individus de vivre dignement et d'exercer leurs droits fondamentaux ». Elle influence directement la santé en limitant l'accès à la prévention, aux soins et à l'adhésion aux traitements. Cette précarité peut se manifester sous différentes formes :

- Précarité économique : manque de ressources financières pour subvenir aux besoins de base.
- Précarité sociale : isolement, discrimination ou exclusion sociale.
- Précarité administrative : difficultés d'accès aux droits ou aux services en raison des obstacles administratifs.

Un témoignage entendu lors du DU, celui de Mme Marie-Sophie Listre du Samu Social de Paris, m'a particulièrement marquée : « Vivre dans la rue fait perdre dix ans d'espérance de vie ». Cette phrase souligne la gravité des conditions de vie précaires : stress, malnutrition, insalubrité, isolement social, accès limité aux soins.

Ces facteurs cumulés ont des effets dévastateurs sur la santé. C'est notamment le cas des femmes accueillies par l'association Igikali, pour qui la gestion du diabète devient encore plus difficile dans un contexte de précarité, de difficultés d'accès aux soins et de conditions de vie défavorables.

## **1. Les besoins fondamentaux : Virginia Henderson et la pyramide de Maslow**

Pour mieux comprendre l'impact de la précarité sur la santé et le suivi des femmes atteintes de diabète, il est essentiel de se référer aux besoins fondamentaux que toute personne devrait pouvoir satisfaire, un point que nous avons abordé en cours avec Mme Nadra Jendoubi, de l'association Aurore.

Virginia Henderson, une infirmière enseignante et théoricienne américaine, a identifié en 1947, 14 besoins fondamentaux que toute personne doit pouvoir satisfaire pour maintenir sa santé et son autonomie. Ces besoins couvrent trois aspects essentiels :

Les besoins physiques (respirer, manger, éliminer, se vêtir, se déplacer)  
Les besoins psychologiques (dormir, se reposer, communiquer)  
Les besoins sociales (participer à la vie sociale, se sentir en sécurité)

Ce modèle fait écho à la pyramide de Maslow, qui classe les besoins humains en cinq niveaux :

Les besoins physiologiques : nourriture, eau, sommeil, abri, santé  
Les besoins de sécurité : protection, stabilité, environnement sécurisé  
Les besoins sociaux : appartenance, amour, relations sociales  
Les besoins d'estime : reconnaissance, confiance en soi  
Les besoins d'accomplissement : développement personnel, réalisation de soi

Comprendre les besoins fondamentaux des personnes en situation de précarité, à travers les modèles de Virginia Henderson et d'Abraham Maslow, permet de mieux saisir les nombreux obstacles qui entravent leur accès aux soins et la prise en charge du diabète.

Lorsque les besoins primaires ne sont pas satisfaits, notamment ceux liés à la sécurité, à l'alimentation ou au logement, il devient difficile, voire impossible, pour les personnes en situation de précarité de se projeter dans la gestion de leur santé.

## **2. Les freins à la gestion du diabète**

### **3.1 L'accès à une alimentation équilibrée**

L'alimentation est un élément clé dans la gestion du diabète, et adopter une alimentation saine et équilibrée est essentiel. Cependant, cela devient particulièrement difficile pour les personnes vivant avec des revenus limités. Les produits frais et sains sont souvent plus coûteux et moins accessibles pour les populations précaires.

En France, environ 4 millions de personnes ont recours à l'aide alimentaire chaque année, ce qui témoigne des difficultés d'accès à une alimentation de qualité.

Pour répondre à ces besoins, des partenariats ont été mis en place, comme celui entre la Fédération Française des Diabétiques et les Banques Alimentaires, visant à sensibiliser les populations précaires à l'importance d'une alimentation équilibrée, particulièrement pour

prévenir le diabète. Ce partenariat ne se contente pas de distribuer des repas, mais propose aussi des conseils pratiques pour permettre aux bénéficiaires de mieux gérer leur diabète au quotidien.

L'association Igikali joue également un rôle essentiel en matière d'éducation nutritionnelle. Une diététicienne conseille des modèles simples, comme l'assiette équilibrée (moitié légumes, un quart de protéines, un quart de féculents). Ce repère simple et visuel permet aux femmes de mieux comprendre comment adapter leur alimentation au quotidien pour mieux contrôler leur diabète.

Elle anime également des ateliers collectifs sous forme de jeux pour rendre l'apprentissage de la nutrition plus ludique et concret. Par exemple, classer des fruits du plus sucré au moins sucré permet aux participantes de mieux comprendre la composition des aliments. En plus de ces jeux, une cuisinière encadre la préparation des repas, chaque femme est invitée à y participer. Cela favorise non seulement l'apprentissage pratique, mais aussi l'échange, la convivialité et l'entraide.

Mais de nombreuses femmes que j'ai rencontrées à Igikali m'ont confié qu'elles ne mangeaient qu'une seule fois par jour, en raison de contraintes économiques.

Il est donc crucial de renforcer l'accès à des ressources alimentaires saines, de les orienter vers des banques alimentaires et de proposer un accompagnement pour permettre à ces femmes de suivre les recommandations nutritionnelles nécessaires à la bonne gestion de leur maladie.

### 3.2 Des conditions de vie instables

Les femmes que j'accompagne dans leur parcours de soins expriment souvent qu'elles ne suivent pas leur traitement de manière rigoureuse, car leurs priorités immédiates sont ailleurs. En effet, elles se concentrent d'abord sur des préoccupations quotidiennes essentielles : savoir où elles dormiront, garantir leur sécurité, ou subvenir à leurs besoins vitaux. Dans ce contexte, la gestion du diabète devient difficile, car ces urgences prennent le pas sur les soins médicaux.

Cette situation est aggravée par l'absence de logement stable. Vivre dans la rue, par exemple, engendre un stress constant qui impacte directement la santé des personnes diabétiques. Ce stress perturbe l'équilibre du diabète. De plus, les femmes hébergées par le 115 sont souvent contraintes de changer fréquemment de lieu d'hébergement, ce qui les éloigne des établissements de santé et complique davantage leur suivi.

Par ailleurs, la prise en charge du diabète nécessite des conditions spécifiques. Pour celles qui doivent réaliser des injections d'insuline, la situation est particulièrement délicate. Non seulement il est difficile de conserver l'insuline au réfrigérateur dans ces conditions, mais effectuer les injections dans un environnement dépourvu d'intimité et d'hygiène adéquate représente un véritable défi pour leur santé et leur bien-être.

Afin de mieux comprendre ces enjeux, lors d'un cours avec Mme Vanessa Rathouin, pharmacienne à l'hôpital Avicenne, nous avons approfondi l'importance de l'observance du traitement médicamenteux. Elle a également présenté les multiples facteurs pouvant influencer cette observance, notamment ceux identifiés par l'Organisation mondiale de la santé, tels que les facteurs environnementaux et socio-économiques.

Enfin, il convient de rappeler que les besoins primaires ne se limitent pas au traitement médical. Pouvoir se laver, s'habiller et prendre soin de soi est essentiel pour le bien-être général. Pour les femmes en situation de précarité, ces gestes simples deviennent souvent très difficiles à accomplir. Heureusement, certaines associations proposent une aide concrète, en offrant un accès à des douches, à des vêtements propres, et à des produits d'hygiène.

À ce titre, l'association Igikali joue un rôle important. Elle organise notamment des sorties en friperie pour permettre aux femmes d'acheter des vêtements à petit prix. Ces moments sont aussi précieux pour retrouver un sentiment de dignité, de confiance en soi et d'estime personnelle.

### 3.3 Un parcours administratif complexe

L'absence de documents officiels, comme une pièce d'identité ou un titre de séjour, constitue un frein pour les personnes migrantes et les demandeurs d'asile, qui se retrouvent ainsi dans l'impossibilité d'obtenir une couverture sociale ou d'accéder à des soins médicaux.

Ces difficultés augmentent les inégalités en matière de santé, particulièrement pour les personnes souffrant de maladies chroniques comme le diabète, qui nécessitent un suivi médical constant.

Le diabète nécessite par ailleurs du matériel spécifique et coûteux, tel que des auto-piqueurs, des lecteurs de glycémie, des lancettes et parfois des stylos injecteurs pour les injections d'insuline.

Ces équipements sont difficiles à financer pour des populations aux revenus irréguliers ou faibles.

L'infirmière en diabétologie à l'hôpital de Gonesse, par exemple, négocie régulièrement avec les laboratoires pour obtenir des consommables gratuits qu'elle distribue ensuite aux patientes sans couverture sociale. En parallèle, elle dirige les patients sans couverture vers la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)

Les PASS, créées en 1998, sont essentielles pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elles permettent aux personnes en situation de précarité d'accéder aux soins médicaux dans les hôpitaux publics, même sans couverture sociale. Elles offrent principalement : un accès aux soins médicaux, un accès aux médicaments, une prise en charge des soins urgents et un accompagnement administratif et social.

Les PASS visent à lever les barrières financières et administratives pour les populations vulnérables, assurant ainsi un accès équitable aux soins de santé.

Cette problématique nous a été illustrée lors du Diplôme Universitaire de Médiation en Santé, grâce à l'intervention de Mr Didier Maille, du COMEDE (Comité Médical pour les Exilés). Son intervention a mis en lumière les multiples obstacles que rencontrent les populations migrantes pour accéder à leurs droits et aux soins, révélant un parcours complexe marqué par des difficultés administratives et pratiques.

### 3.4 La barrière linguistique

Dans le système de santé français, l'accès aux soins passe par des démarches administratives souvent complexes. Pour les personnes migrantes, allophones ou en situation de précarité, ces étapes sont d'autant plus difficiles à franchir en raison des barrières linguistiques et du manque d'informations claires et adaptées à leur situation.

Comprendre ses droits, prendre un rendez-vous, suivre des consignes médicales ou repérer les dispositifs comme les PASS devient un véritable défi.

À l'hôpital de Gonesse, par exemple, la signalétique peu lisible complique l'accès aux services essentiels.

Cette incompréhension a des conséquences concrètes : elle retarde les soins et fragilise la gestion des maladies chroniques comme le diabète.

Un défaut d'information ou de communication peut mener à des erreurs dans la prise de traitement, notamment dans l'utilisation de l'insuline, exposant ainsi les patientes à des complications graves.

A l'hôpital de Gonesse, je mobilise souvent le partenariat avec ISM, un service d'interprétariat téléphonique. Cet outil est précieux pour garantir une information claire aux patientes allophones. Cependant, j'ai pu constater des réticences de la part de certains soignants, évoquant un manque de temps ou le coût du service. Cela montre combien le recours à l'interprétariat, pourtant un droit fondamental, n'est pas encore pleinement intégré dans les pratiques.

### 3.5 L'accès à l'information

Garantir l'accès à l'information constitue un droit fondamental, encore trop souvent négligé, notamment pour les femmes migrantes, allophones ou peu scolarisées.

Lors du DU, Mme Olivia Gross, chercheuse au LEPS, a rappelé que le droit à l'interprétariat et à une information claire ne se limite pas à un simple outil : il s'agit d'une exigence légale, encadrée par la loi Kouchner de 2002. Pourtant, dans la réalité quotidienne, ces droits restent trop souvent insuffisamment respectés, ce qui complique l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Par ailleurs, la qualité de l'information délivrée est essentielle.

Lors de la formation, la psychologue, Mme Stéphanie Esteve-Terre nous a sensibilisés à l'importance d'une communication claire, juste et objective.

Informé ne se réduit pas à transmettre une consigne : c'est aussi permettre à la patiente de comprendre, de poser des questions, et de participer activement à ses choix de santé.

Ce processus favorise ainsi la prise de décisions éclairées, indispensable pour un suivi médical efficace et respectueux des besoins et droits des patientes.

### 3.6 Les représentations culturelles

Le cours du Dr Stéphane Tessier, dans le cadre du DU de Médiation en Santé, nous a permis d'explorer les apports de l'anthropologie en matière de compréhension de la maladie, notamment à travers les systèmes explicatifs culturels.

Selon lui, de nombreux patients cherchent à donner un sens à leur souffrance, se posant des questions telles que : "Pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ?"

Ces interrogations soulignent l'importance des dimensions culturelles et sociales dans la manière dont chacun vit et interprète la maladie, au-delà de la seule dimension biologique.

Le Dr Tessier a également présenté un cadre d'analyse structuré en trois dimensions fondamentales de la maladie :

- La réalité biologique : il s'agit de l'aspect médical et objectif de la maladie, que l'on identifie à travers les examens et les symptômes
- L'expérience vécue : chaque patient vit la maladie de manière unique, avec ses douleurs, ses peurs, et les limitations qu'elle impose au quotidien.
- La réalité sociale : cette dimension fait référence aux conditions de vie, aux ressources économiques, et à l'accès aux soins.

Dans le cas du diabète, cette maladie peut parfois être perçue comme une forme de négligence ou de faiblesse. Par exemple, une femme accompagnée chez Igikali m'a confié avoir été rejetée par sa famille à cause de sa maladie. Cette stigmatisation crée un cercle vicieux fait de honte, d'isolement et de silence.

Ce phénomène ne freine pas seulement l'accès aux soins, il complique aussi l'adhésion au traitement et accentue l'isolement social, rendant la gestion du diabète encore plus difficile.

### **III -La médiation en santé :un levier face aux difficultés**

#### **1. Rôle et posture du médiateur en santé**

Après avoir évoqué les difficultés liées à la précarité et au diabète, il est essentiel de s'intéresser au rôle du médiateur en santé. Il apparaît comme un levier essentiel pour accompagner les personnes vulnérables.

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire, notre promotion a été amenée à définir ce qu'est la médiation en santé. Après réflexion et échanges, nous avons retenu la définition suivante :

*« La médiation en santé est un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'information. C'est un processus de tissage de liens, d'interface entre les professionnels de santé et les patients, qui permet de les maintenir dans le système de soins et de réduire les inégalités de santé. Le médiateur doit faire preuve d'écoute active, d'aller-vers, de non-jugement, et d'une utilisation maîtrisée de son réseau pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patients à réaliser leur parcours de soins. »*

##### **1.1 Le counseling, écouter pour mieux accompagner**

Au cours du Diplôme Universitaire, nous avons participé à des ateliers pratiques sur les méthodes de counseling, animés par Mme Stéphanie Esteve-Terre.

Le counseling est un processus d'accompagnement qui vise à aider une personne à faire face à des difficultés psychologiques, émotionnelles ou sociales. Il constitue un outil précieux pour instaurer une relation de confiance entre soignant et soigné. En offrant un espace sécurisé d'écoute, d'expression et de réflexion, il permet d'aborder les émotions, les obstacles et les attentes des patients avec bienveillance. Basé sur des techniques telles que l'écoute active, la reformulation et le respect du rythme de chacun, le counseling favorise l'émergence de solutions personnalisées et réalistes.

Cette formation a été particulièrement enrichissante. Elle m'a permis de développer mes compétences en communication et en accompagnement, tout en m'apportant des outils concrets pour soutenir les patientes dans leur parcours de santé.

Elle a profondément transformé ma manière d'aborder les entretiens.

En adoptant une posture plus attentive aux réalités de vie des patientes, j'ai pu renforcer la relation de confiance, améliorer la qualité des échanges et encourager une implication plus active des femmes dans leur suivi médical.

## 1.2 Créer un lien de confiance

Dans le cadre de mon stage, j'ai activement participé aux différentes activités proposées par Igikali aux femmes qu'elle accompagne. Ces activités comprenaient notamment des séances de sport, des ateliers de cuisine, socio esthétiques ainsi que divers moments de partage et d'échange.

Ces moments de convivialité ont favorisé un climat de proximité.

Après quelques jours passés à tisser des liens, c'est au cours d'une promenade qu'une femme tchécoslovaque m'a confié, avec une grande pudeur et beaucoup de courage, qu'elle vivait avec le VIH.

Ce moment a été important, car il a marqué un tournant dans notre relation : elle m'a partagé une partie de son histoire, ce qui montrait la confiance qu'elle avait développée envers moi. Cette confiance, très personnelle et sensible, est le résultat d'une relation basée sur la présence, l'écoute et la bienveillance. Elle s'est sentie suffisamment en sécurité pour me parler de sa maladie.

Lors du DU, Mme Khady Camara, médiatrice- interprète, a partagé une réflexion particulièrement marquante : « La médiation en santé permet de traduire et d'interroger les vécus personnels tout en assurant un moment d'interaction entre la culture du patient et celle du pays hôte. » Cela illustre la portée profonde de la médiation en santé qui constitue un véritable espace d'échange interculturel et de reconnaissance des parcours de vie.

Dans le cadre de mon accompagnement, une femme migrante originaire d'Afrique m'a confié les raisons symboliques de son choix de la France comme pays de destination. Selon elle, les Français étaient venus dans son pays en tant que conquérants, et avaient fini par occuper, dans la mémoire collective, une place quasi paternelle. Elle se percevait aujourd'hui comme « l'enfant » de ces anciens colonisateurs, ce qui avait en partie motivé sa décision de venir en France.

Ces instants de partage ont renforcé ma conviction que la médiation en santé dépasse largement la simple transmission d'informations ou la coordination des soins. Elle constitue avant tout un espace relationnel, où les patients, notamment ceux en situation de précarité ou de grande vulnérabilité, peuvent se sentir écoutés, respectés et considérés.

Ce sont ces échanges qui permettent de construire progressivement un lien de confiance. Or, cette confiance représente un pilier fondamental pour une médiation efficace et véritablement humaine.

## 1.3 Accueillir les croyances pour mieux soigner

Avec le Pr Olivier Bouchaud, nous avons abordé l'importance de la décentralisation dans la relation de soin, c'est-à-dire la capacité pour les soignants de s'écarter d'un point de vue strictement biomédical pour prendre en compte la réalité, les représentations et les croyances propres aux patients face à la maladie.

Cette posture implique l'acceptation de visions multiples de la santé, parfois influencées par des facteurs culturels, spirituels ou sociaux. En reconnaissant ces dimensions, les professionnels

de santé peuvent mieux adapter leur discours et leur accompagnement, et ainsi favoriser une adhésion plus authentique au parcours de soins.

Dans cette même perspective d'ouverture, l'intervention du Dr Nicolas Bosc, psychiatre, sur l'ethnomédecine m'a permis de mieux comprendre les représentations culturelles de la maladie. Cette compréhension permet de renforcer la confiance entre les patientes et les soignants, créant ainsi un cadre propice à une meilleure prise en charge.

En tant que médiatrice, cette vision m'a été précieuse. Elle m'a permis d'adopter une posture plus empathique, de mieux orienter les patientes et de faciliter leur engagement dans les soins. Par exemple, face à une femme persuadée que leur diabète est lié à un "envoûtement" et qui consulte à la fois un médecin et un guérisseur, j'ai appris à ne pas opposer ces croyances à la médecine, mais à les intégrer comme éléments du parcours de soin.

Cette approche rejoint l'importance de l'alliance thérapeutique, telle que soulignée par le Dr Bosc.

Cette relation de confiance, fondée sur l'écoute, le respect et la collaboration, est essentielle pour favoriser l'adhésion aux soins. Pour les personnes en situation de précarité, souvent marquées par des parcours de rupture et de méfiance envers les institutions, cette alliance permet de restaurer un lien sécurisant avec les soignants. Elle joue un rôle clé dans l'engagement des patientes dans leur parcours, en leur offrant un espace où elles se sentent reconnues, entendues et soutenues dans la globalité de leur vécu.

## **2. La médiation en santé : un pont entre patientes et soignants**

### **2.1 Légitimer le rôle de médiateur**

Lors du DU , un jeu de rôles animé par le Dr Julie Etcheberry et Mr Cédric Suat, médiateur en santé, a mis en lumière les obstacles auxquels nous sommes confrontés pour faire reconnaître la légitimité et la spécificité de notre rôle de médiateur en santé auprès des professionnels de santé.

Cette expérience a renforcé ma conviction que l'échange interprofessionnel et une communication claire sont indispensables pour valoriser notre fonction.

Car il ne suffit pas de décrire notre mission : il faut en démontrer l'utilité concrète, notamment dans la prise en charge des patients en situation de précarité ou confrontés à des barrières culturelles, linguistiques ou administratives.

Pour que notre action ait un réel impact, encore faut-il que notre rôle soit reconnu, identifié et intégré aux parcours de soins.

A mon arrivée sur le terrain, il m'a fallu déployer des efforts considérables pour me faire connaître, légitimer ma présence, et créer ma place au sein des équipes.

La médiation en santé reste encore mal connue ou mal comprise dans de nombreux établissements hospitaliers.

J'ai parfois été confrontée à des réticences, voire à une forme de méfiance : « À quoi ça sert ? », « Ce n'est pas redondant avec le travail des assistants sociaux ? », « Est-ce qu'on a vraiment besoin de vous ? »

Face à ces interrogations, j'ai dû expliquer, argumenter, mais surtout démontrer concrètement ce que la médiation peut apporter : non seulement aux patientes, en facilitant leur accès aux soins, leur compréhension et leur autonomie, mais aussi aux soignants, en allégeant certaines tensions, en favorisant la communication, et en fluidifiant le parcours de soins.

Petit à petit, grâce à ma présence régulière, une posture bienveillante et non intrusive, et un effort constant de pédagogie, j'ai pu instaurer un climat de confiance.

## 2.2 Faciliter les échanges

Le rôle de la médiatrice en santé ne se limite pas à l'accompagnement des patientes. Il s'inscrit également comme un soutien direct aux équipes soignantes.

Grâce à ma posture de médiatrice en santé, j'ai pu développer une compréhension approfondie des besoins des patientes, notamment celles en situation de précarité ou confrontées à des barrières culturelles, sociales ou linguistiques. Ma présence en amont et pendant les consultations me permet d'anticiper des incompréhensions, de repérer des fragilités souvent invisibles au premier regard, et d'adapter le suivi aux réalités de vie des femmes.

Ce rôle de passerelle entre les patientes et les soignants soulage aussi concrètement les équipes médicales, en allégeant leur charge sur des aspects non médicaux mais essentiels à la prise en soin globale. Par exemple, j'ai pu orienter une femme enceinte et fumeuse vers une équipe spécialisée en addictologie, ou encore solliciter le soutien de la psychologue pour des patientes exprimant une grande détresse émotionnelle.

En rendant visibles ces besoins souvent tus, et en facilitant les orientations adaptées, je contribue à fluidifier le parcours de soins tout en renforçant l'efficacité des consultations. Plusieurs médecins, initialement réticents à ma présence, ont reconnu l'utilité de mon accompagnement dans la relation soignant-soignée.

Lors de son intervention dans le cadre du DU, Mr Laurent Giraud, directeur de l'association France Médiation, a souligné que le rôle du médiateur en santé consiste avant tout à favoriser la recherche de solutions entre le patient et le professionnel, en étant un facilitateur.

Il ne s'agit pas seulement d'accompagner le patient, mais aussi d'amener les professionnels à adapter leurs pratiques et leur posture, afin de rendre le système de soins plus accessible, compréhensible et humain pour les publics en situation de vulnérabilité.

### 2.3 Changer les regards pour améliorer la relation de soin

Au fil de mon expérience à l'hôpital, enrichie par les enseignements reçus au sein du DU de Médiation en Santé, j'ai mesuré combien le médiateur peut jouer un rôle essentiel de sensibilisation au sein des équipes soignantes.

En attirant leur attention sur l'importance de la culture du patient, le médiateur contribue à ajuster les postures professionnelles, à éviter les malentendus, et à renforcer la qualité de la relation de soin. En partageant certaines représentations culturelles ou pratiques issues du vécu des patientes, il permet aussi de mieux comprendre les comportements observés en consultation.

Cette prise en compte du contexte culturel et social est d'autant plus importante que j'ai constaté, sur le terrain, que certains professionnels de santé peuvent porter un regard jugeant sur les femmes en situation de précarité, souvent par méconnaissance de leur réalité. Le rôle du médiateur est alors fondamental : il permet de contextualiser des comportements tels que les retards, les absences ou les difficultés de communication, qui ne traduisent pas un manque d'implication, mais bien des obstacles sociaux, économiques ou linguistiques.

Pourtant, malgré les efforts de sensibilisation, certains professionnels peinent encore à accueillir ces différences avec ouverture. Dans ce contexte, le médiateur joue un rôle central, non seulement comme facilitateur de compréhension, mais aussi comme rappel vivant des principes éthiques fondamentaux, garants d'une relation de soin respectueuse, bienveillante et inclusive.

L'intervention de Médecins du Monde lors du DU m'a particulièrement marquée. L'association a mis en lumière l'ampleur des discriminations que subissent les personnes en grande précarité, qu'il s'agisse de femmes migrantes, de sans-abri ou de malades chroniques. Ces populations font face à une marginalisation sanitaire, sociale et parfois raciale. Leur prise en charge nécessite une approche globale, tenant compte de leur parcours, de leurs droits et de leur vécu.

C'est dans ce même esprit que le Dr Johan Caillol a souligné l'importance de la posture déontologique du soignant, fondée sur l'écoute, le respect et le non-jugement, essentielle pour lutter contre les discriminations dans le soin. Cette posture éthique est d'autant plus cruciale auprès de publics vulnérables, souvent confrontés à des stigmatisations liées à leur maladie, à leur précarité, ou à leur origine.

Une situation vécue m'a particulièrement marquée. Une femme allophone ne comprenait pas les consignes d'un agent administratif à l'accueil des consultations. Agacée, l'agent a haussé le ton. J'ai tenté de désamorcer la tension, en l'invitant à se mettre à la place de la patiente : « Imagine-toi à sa place dans un pays étranger, sans comprendre la langue... ». Cette intervention a permis de calmer la situation et d'ouvrir un espace de réflexion sur la vulnérabilité des patientes, et sur la nécessité d'un accueil plus empathique.

## 2.4 Développer son réseau pour orienter

Lors du DU de Médiation en Santé, l'intervention de deux médiatrices de l'association, Les Forges, à Nantes a mis en lumière un aspect fondamental de notre métier : l'importance de la dynamique partenariale. Elles ont insisté sur le rôle central du réseau et sur la nécessité de travailler en étroite collaboration avec différents acteurs : médicaux, sociaux, associatifs, pour garantir un accompagnement cohérent, efficace et respectueux des réalités de terrain.

Cette approche prend tout son sens dans le cadre de l'accompagnement de femmes en situation de précarité. En effet, l'orientation est au cœur de la médiation en santé : il ne s'agit pas simplement d'informer, mais de savoir vers qui diriger, à quel moment, et dans quelles conditions. Cela suppose de bien connaître son territoire, ses ressources locales, les dispositifs existants et leurs modalités d'accès.

À mon arrivée à l'hôpital, je ne connaissais pas encore les différents acteurs du réseau interne. Progressivement, j'ai pris l'initiative de rencontrer et d'établir des liens avec les assistantes sociales, les secrétaires médicales, les sages-femmes, les gynécologues, ou encore les travailleurs sociaux. Ces échanges réguliers m'ont permis de construire un réseau professionnel solide et coordonné, indispensable pour orienter les patientes de manière adaptée et pertinente. Ce travail de terrain a contribué à offrir un accompagnement plus global, personnalisé et efficace, tenant compte à la fois des besoins médicaux et des réalités sociales.

En facilitant l'accès à un réseau de soins diversifié et intégré, le médiateur en santé dépasse la simple fonction de lien entre la patiente et les professionnels. Il contribue à faire de l'hôpital un véritable espace d'écoute, de relais et de soutien, où la personne est considérée dans sa globalité.

Mais son action ne s'arrête pas aux portes de l'institution : elle s'étend au territoire, en orientant les patientes vers des structures extérieures telles que les PMI, les centres de santé ou les centres médico-sociaux, qui offrent des services complémentaires et souvent indispensables.

Cette capacité à construire des parcours de soins cohérents et continus repose sur une connaissance fine du territoire et des dispositifs existants. Elle permet de proposer un accompagnement véritablement centré sur la personne, en tenant compte de ses réalités sociales, administratives, médicales et parfois culturelles.

Lors du cours consacré à la santé maternelle, le Dr Sophie Gaudu a rappelé le rôle déterminant de ces structures dans l'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité. Les PMI, centres de santé et centres médico-sociaux assurent un suivi gratuit, global et préventif, en articulant accompagnement médical, social et éducatif. Pourtant, de nombreuses femmes ignorent leur existence, ou n'osent y accéder faute d'information, de confiance ou d'autonomie.

C'est précisément là que la médiation en santé prend tout son sens. En instaurant un lien de confiance, en expliquant les démarches, en rassurant et en accompagnant, le médiateur agit comme un véritable facilitateur d'accès aux soins et aux droits, notamment pour les personnes en situation de grande précarité.

Dès ma prise de poste, j'ai déployé une énergie considérable pour identifier et rencontrer les acteurs locaux afin de mieux orienter les patientes. J'ai ainsi pris contact avec le RPVO (Réseau Périnatalité du Val-d'Oise), l'association Esperer 95, les PMI des communes autour de Gonesse, les équipes du CMS de Goussainville, ainsi que plusieurs associations d'entraide.

Ces rencontres ont permis non seulement de cartographier les ressources disponibles sur le territoire, mais aussi de tisser des liens de confiance durables avec les professionnels.

Cette démarche de terrain s'est révélée essentielle pour garantir des orientations rapides, pertinentes et personnalisées, en fonction des besoins spécifiques de chaque femme accompagnée. Elle illustre la nécessité, pour le médiateur en santé, de connaître finement son environnement d'intervention, afin de proposer un accompagnement cohérent, coordonné et efficace.

Ce travail de terrain, bien que chronophage et exigeant, s'est révélé fondamental.

J'ai pu orienter des femmes vers la Maison des solidarités, où elles peuvent prendre une douche et bénéficier d'un repas chaud, mais aussi vers l'association On est ensemble, qui propose des colis alimentaires, des cours de couture et de français.

Ce réseau est aujourd'hui un appui essentiel dans ma pratique : il me permet de coordonner les accompagnements, d'éviter les ruptures de suivi.

Ainsi, le travail en réseau ne se résume pas à un annuaire de structures : c'est un travail de lien, de terrain, de présence. Il repose sur des relations humaines solides, des partenariats actifs, et une volonté partagée d'agir ensemble.

### **3. Des outils et des actions de médiation**

#### **3.1 Utiliser la santé communautaire comme levier de transformation collective**

Au-delà de l'accompagnement individuel, la médiation en santé s'inscrit dans une logique plus large : celle de la santé communautaire.

Lors de la formation au Diplôme Universitaire, Mme Cécile Arondel nous a permis d'approfondir ce concept en soulignant l'importance de travailler avec les acteurs du territoire et les personnes concernées pour agir collectivement sur les déterminants de santé.

Il ne s'agit plus seulement d'« aider » les patientes, mais de travailler avec elles, en reconnaissant leur savoir, leur légitimité et leur capacité à agir ensemble.

Cette approche est également partagée par l'association Marie Madeleine, présentée par Mme Marie-Hélène Tokolo, qui, tout comme Igikali, propose des ateliers intégrant soutien éducatif, psychologique et social pour les femmes en difficulté.

Avec Assita, la médiatrice d'Igikali, j'ai eu l'opportunité de participer à un atelier sur le diabète organisé à l'hôpital Saint-Antoine. Invités par un médecin et une infirmière, nous avons coanimé cet atelier. Tandis que le médecin abordait les aspects médicaux de la maladie, nous avons animé un échange participatif à l'aide d'un jeu de l'oie adapté, conçu par la médiatrice et la diététicienne d'Igikali.

Ce support ludique a permis d'aborder les difficultés concrètes rencontrées par les femmes diabétiques en situation de précarité : alimentation, gestion du traitement, stress, précarité de l'hébergement... Loin d'un cours magistral, l'atelier s'est transformé en espace de parole et d'écoute bienveillante, où chacune a pu partager son expérience, poser des questions, et se sentir entendue sans jugement.

Comme le souligne Assita :« À Igikali, nous favorisons le jeu et la participation active des personnes pour les rendre actrices de leur santé. »

Cette approche participative permet d'instaurer un dialogue horizontal entre professionnels et patientes, de renforcer leur autonomie, et de créer un environnement d'apprentissage sécurisé, dans lequel chaque femme se sent légitime pour s'exprimer et s'impliquer dans son parcours de soins. En favorisant la parole et l'échange, ces ateliers renforcent la littératie en santé, tout en consolidant le lien de confiance si essentiel à une médiation efficace.

Ces dynamiques de groupe, fondées sur le partage d'expériences et la reconnaissance mutuelle, génèrent un effet positif. En voyant d'autres femmes surmonter leurs difficultés, certaines patientes se sentent encouragées à s'impliquer, à parler, à demander de l'aide, à proposer des idées. Ces initiatives favorisent un véritable changement dans la manière dont les patientes comprennent leur maladie, se sentent plus confiantes, et parviennent à adopter durablement des comportements favorables à leur bien-être.

Elles ne sont plus seules face à leur maladie : elles font partie d'un collectif bienveillant et solidaire.

Encourager cette dynamique de groupe aide les patientes à se reconnaître dans les parcours des autres, à parler librement et à prendre part aux décisions qui les concernent. Cela leur redonne une place et une voix, souvent oubliées par le système de soins.

### 3.2 Renforcer la littératie en santé

Au cours du DU, nous avons également bénéficié de l'intervention Mme Emmanuelle Hamel, de Santé Publique France. Elle nous a présenté le concept de littératie en santé, en expliquant son rôle essentiel pour permettre aux personnes de mieux comprendre, utiliser et agir sur les informations liées à leur santé.

En tant que médiatrice en santé, j'ai l'opportunité de faire partie du comité technique du Centre Ressource en Littératie en Santé, organisé par le département de la santé publique des Hôpitaux Universitaires de Paris Seine Saint Denis. Ce comité a pour mission de développer des outils concrets visant à améliorer la compréhension et l'accès à l'information de santé pour tous. C'est une initiative porteuse de sens, qui permet de renforcer l'autonomie des patients et de favoriser une approche plus inclusive et équitable des soins.

C'est là tout l'enjeu de la littératie en santé, qui désigne la capacité à mobiliser des connaissances pour prendre des décisions éclairées car l'accès à l'information ne suffit pas toujours : encore faut-il que les patientes puissent la comprendre, l'évaluer et l'utiliser dans leur quotidien.

A Igikali, Assita, la médiatrice, développe des outils pédagogiques ludiques, visuels et participatifs, spécifiquement pensés pour les femmes en situation de précarité ou ayant une faible littératie. Par exemple, une planche anatomique illustrée permet d'expliquer les effets du diabète sur le corps de manière simple et concrète, en contournant les barrières linguistiques et techniques.

Les ateliers proposés par Igikali et les outils adaptés, ne se limitent pas à transmettre des connaissances : ils permettent également un travail fondamental sur le développement de l'esprit critique face aux informations en santé. Les participantes apprennent à questionner certaines idées reçues, souvent issues des réseaux sociaux, de rumeurs ou de leur entourage. Ces espaces d'échange offrent un cadre sécurisant pour exprimer leurs doutes, confronter leurs croyances, et obtenir des réponses claires et bienveillantes.

Les professionnels présents prennent soin de corriger les fausses informations tout en accompagnant les femmes dans l'acquisition de réflexes simples pour reconnaître une source fiable. Apprendre à distinguer une information validée scientifiquement d'une affirmation infondée devient alors un levier d'autonomisation essentiel. Cela permet aux patientes non seulement de faire des choix de santé plus éclairés, mais aussi de reprendre du pouvoir sur leur propre parcours, en s'affranchissant des discours culpabilisants ou stigmatisants auxquels elles sont trop souvent confrontées.

Informé, dans une démarche de médiation, c'est donc outiller les femmes pour qu'elles puissent comprendre, choisir, et s'approprier leur santé. Ce n'est pas seulement transmettre des données : c'est donner du pouvoir d'agir. C'est là un premier pas vers l'empowerment.

### 3.3 Favoriser le pouvoir d'agir

L'accompagnement en santé ne se limite pas à la simple délivrance de soins ou d'informations médicales. Il vise avant tout à renforcer l'autonomie des patientes, à les aider à faire des choix éclairés et à améliorer leur qualité de vie. C'est dans cette optique que se déploie la notion d'empowerment, que nous avons abordée durant le DU avec Mme Stéphanie Esteve-Terre.

Ce concept, clé dans le parcours de soin, désigne un processus par lequel les individus acquièrent un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent leur santé et leur vie. En favorisant la participation active, la reconnaissance des savoirs expérientiels et la capacité à agir, l'empowerment permet aux patientes de reprendre progressivement le contrôle sur leur santé.

Cette approche rejoint directement les principes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, qui met l'accent sur l'autonomisation des individus et des communautés afin de les aider à prendre en main leur santé de manière durable.

Les activités proposées par Igikali, comme le yoga, les ateliers créatifs ou les séances de socio-esthétique, sont de vrais outils d'empowerment. Elles permettent aux femmes de reprendre confiance en elles, de se reconnecter à leur corps et de redevenir actrices de leur santé et de leur bien-être.

Comme l'a souligné le Dr Tessier lors de son intervention, restaurer l'estime de soi est une condition essentielle pour garantir l'engagement des patients dans leur parcours de soins. Ce principe a trouvé une résonance concrète lors de mon stage, à travers le témoignage poignant d'une patiente qui exprimait sa fierté d'avoir réussi à équilibrer son diabète. Elle attribuait cette réussite à une combinaison de facteurs : les cours de sport adaptés, les conseils diététiques reçus, et surtout, une prise de conscience progressive de l'importance de prendre soin d'elle-même. Cette patiente n'avait pas seulement appris à mieux gérer sa maladie, elle avait repris le pouvoir sur sa santé.

## **Conclusion**

À travers ce mémoire, j'ai souhaité mettre en lumière le rôle essentiel de la médiation en santé dans l'accompagnement des femmes diabétiques vivant en grande précarité. Pour cela, je me suis appuyée à la fois sur mon expérience professionnelle à la maternité de l'hôpital de Gonesse, sur mon stage au sein de l'association Igikali, ainsi que sur les apports théoriques du Diplôme Universitaire.

Cette recherche m'a permis d'analyser les nombreux freins rencontrés par ces patientes dans leur parcours de soins : précarité économique, barrière linguistique, isolement social, méconnaissance des droits, difficulté d'accès aux soins. Autant d'obstacles qui compliquent considérablement la gestion quotidienne d'une maladie chronique comme le diabète, et qui rendent l'accompagnement encore plus crucial.

Dans ce contexte, la médiatrice en santé s'impose comme un levier fondamental. En expliquant, rassurant, orientant et accompagnant, elle aide à lever les freins qui éloignent certaines femmes du soin.

J'ai pu constater combien ce rôle est précieux : il permet de recréer du lien, de restaurer la confiance, de soutenir l'autonomie, et d'humaniser les prises en soin.

La médiatrice joue un rôle clé dans la relation entre patientes et soignants. Elle décèle les malentendus, valorise les connaissances vécues par les patientes, et aide les professionnels de santé à mieux adapter leurs pratiques. Elle fait le lien entre deux univers qui ont parfois du mal à se comprendre, en offrant aux patientes un espace de parole, de compréhension, et de pouvoir d'agir.

Elle s'inscrit comme un outil puissant de lutte contre les inégalités de santé et d'amélioration des parcours pour les personnes les plus vulnérables.

À l'avenir, il est essentiel que cette fonction soit pleinement reconnue, structurée et intégrée dans les dispositifs de soin. Elle pourrait devenir un pilier incontournable de l'accompagnement des publics éloignés du système de santé, à condition que les établissements valorisent ce métier à sa juste mesure et lui accordent une place légitime.

## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de l'élaboration de ce mémoire :

L'équipe pédagogique du Diplôme Universitaire de médiation en santé de l'Université Sorbonne Paris Nord pour la qualité des enseignements, leur disponibilité et leurs conseils précieux. Un remerciement tout spécial au professeur Olivier Bouchaud, grâce à qui ce Diplôme Universitaire existe, et qui œuvre avec détermination pour la reconnaissance de ce métier essentiel. Son engagement et son soutien sont précieux.

Ana, Fouzia, Ilana et Jessica, les quatre médiatrices qui font partie, comme moi, de l'expérimentation de la médiation en santé en périnatalité et avec lesquelles j'ai le plaisir de partager et d'échanger nos expériences et nos pratiques. C'est un véritable privilège de collaborer avec des professionnelles aussi engagées et passionnées. Je suis fière et heureuse de faire partie de ce "club des cinq", un groupe où l'entraide, le soutien et l'apprentissage mutuel sont au cœur de notre mission.

L'Agence Régionale de Santé pour le financement de mon Diplôme Universitaire ainsi que de mon poste de médiatrice en santé. Ce soutien m'a permis de suivre une formation enrichissante, de développer mes compétences, et d'exercer pleinement ce rôle essentiel auprès des femmes en situation de grande précarité.

L'hôpital de Gonesse, et plus particulièrement les assistantes sociales avec lesquelles je travaille de manière étroite, ainsi que la coordinatrice et les cadres supérieures, Madame Caroline Barbereau et Madame Hélène Pavaux, pour leur soutien constant et leur confiance. Leur collaboration et leur disponibilité sont essentielles dans la mise en œuvre de ma mission, et je leur suis profondément reconnaissante pour leur engagement à mes côtés.

Un merci particulier à Aurore, l'infirmière chargée du suivi du diabète gestationnel, pour notre collaboration.

Toute l'équipe d'Igikali, qui m'a permis de découvrir le milieu associatif avec une bienveillance remarquable. Leur accueil chaleureux et leur ouverture m'ont permis d'enrichir mon expérience et d'élargir mes perspectives. Un merci tout particulier à Assita, la médiatrice, avec qui j'ai eu l'opportunité d'échanger de manière constructive, ainsi qu'à Oriane, la diététicienne, pour ses précieux conseils, qui ont grandement contribué à mon apprentissage et à ma compréhension de l'accompagnement des femmes diabétiques précaires.

Enfin, je tiens à remercier toutes les femmes que j'ai eu la chance d'accompagner. Leur confiance, leur courage et les leçons de vie qu'elles m'ont transmises m'ont profondément touchée. Elles m'ont fait vivre des moments de partage inoubliables et m'ont appris bien plus que je ne l'aurais imaginé. Leur force et leur résilience sont une source d'inspiration quotidienne, et je suis honorée d'avoir pu être à leurs côtés.

Ce mémoire leur est dédié.

## **Sources**

- Fédération française des diabétiques
- Santé publique France
- HAS
- AMELI
- World Health Organization
- Sante. Gouv
- Sante-participative.org