

2024-2025

# La médiation en santé pour guider vers l'estime de soi

---

Dans le cadre du DU de médiation en santé  
dirigé par le Pr BOUCHAUD

**Ilana Ruimy**

---

# Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans mon projet de formation et la rédaction de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire Pr Bouchaud, ainsi que toute l'équipe pédagogique du DU de médiation en santé pour leurs apports théoriques, leur soutien et leur investissement au sein de cette formation.

Je souhaite remercier chaleureusement mes tuteurs de stage, Yves Reynaud et Véronique Delmestre, pour leur accueil au sein de la Maison de santé, leurs encouragements et leurs précieux conseils tout au long du stage. Même si je n'ai pas pu inclure les éléments de mon expérience de stage dans ce mémoire, leur accompagnement m'a permis d'enrichir ma réflexion personnelle au sujet de l'estime de soi.

Merci également à toute la classe 2025 du DU de médiation, qui a su s'entraider tout au long de la formation. Ce DU n'aurait pas été le même sans cette ambiance bienveillante, qui a permis à tout le monde de se sentir à l'aise et non jugé du début à la fin.

Je remercie également mes collègues de la maternité de Montreuil, aux côtés de qui je travaille depuis maintenant 2 ans et demi, et sans qui je n'aurais pas pu prendre ma place en tant que médiatrice. Mon expérience au sein de cette équipe m'a permis d'enrichir ce mémoire de vignettes cliniques qui illustrent mes propos tout au long du mémoire.

Enfin, je tiens à remercier ma famille pour son soutien inconditionnel, et tout particulièrement mon conjoint, qui a accepté de me prêter son œil aguerrri pour relire mon travail et me conseiller avec grande bienveillance. Son soutien m'a permis de me sentir légitime à écrire ce mémoire et à le présenter à vous aujourd'hui.

---

---

# Table des matières

Remerciements.....	1
Introduction.....	3
1. Manque d'estime de soi et santé .....	6
2. L'accompagnement en médiation en santé et l'estime de soi.....	12
3. Fin de parcours et autonomisation .....	19
Conclusion .....	23
Bibliographie.....	25

---

# Introduction

La médiation en santé peut être définie comme un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès au soin 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 santé et de réduire les inégalités de santé.

La médiatrice 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. Elle tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patientes à réaliser leur parcours de soins.

La médiatrice a donc de nombreuses missions, dont font partie intégrante l'autonomisation des personnes et leur (ré)insertion vers le système de soin. A travers un accompagnement en médiation en santé, un des objectifs est donc de trouver les clés qui permettent à l'utilisateur de ne plus avoir besoin de cet accompagnement par la suite.

Cet objectif, plus ou moins réalisable selon les situations, permet à la médiatrice de garder en tête son rôle de filet de sécurité, de navigateur, et non celui de parent ou de tuteur. Pour ce faire, il est nécessaire de comprendre les difficultés rencontrées par les usagers et comment les surmonter, ou à défaut les amoindrir pour améliorer le suivi de sa santé.

Parmi ces difficultés, celles qui nous viennent souvent à l'esprit en premier sont les difficultés environnementales ou administratives, qui peuvent représenter un véritable obstacle pour l'accès au soin. Nous pensons également aux difficultés physiques, comme l'éloignement géographique, les problèmes de santé et les douleurs qui compliquent, voire empêchent les déplacements.

Et enfin nous viennent les difficultés internes, souvent moins comprises ou prises en considération dans un suivi médical (même si la tendance est au changement ces dernières années). Les professionnels de santé ont parfois du mal à comprendre pourquoi un patient ne s'implique pas dans son suivi, ne fait pas ce que l'on estime bon pour elle, alors qu'elle a au premier abord toutes les clés en main. Ces blocages

---

internes sont aussi divers qu'il y a de personnes concernées, mais très souvent nous pouvons observer des troubles psychologiques (anxiété, dépression, trauma...) diagnostiqués ou non.

Il en revient alors à nous, professionnels travaillant avec l'humain, de s'interroger sur les obstacles internes que peuvent rencontrer les usagers et comment les accompagner dans une démarche d'aller-mieux. En effet, ce sont souvent les difficultés internes que les usagers oseront le moins aborder avec nous, et qui pourtant se révèlent être un réel handicap au quotidien.

Il est également important de préciser que les difficultés environnementales, physiques et psychiques sont interconnectées, s'influençant entre elles et créant souvent des situations particulièrement complexes.

Si ce mémoire traite de l'estime de soi, c'est parce qu'en qualité de médiatrice, j'ai pu m'apercevoir que c'était un obstacle récurrent chez les patientes, mais qu'il était peu conscientisé ou abordé en entretien. Cette notion fait plutôt partie d'un tout, influençant et influencée par de nombreux autres facteurs, et donc difficile à isoler comme une problématique à part entière. Quand on parle de cette difficulté, elle peut souvent sembler secondaire pour la patiente comme l'équipe médicale, comparée à toutes les autres problématiques plus "concrètes".

De nombreuses recherches se sont penchées sur le concept d'estime de soi à travers les années, en psychologie comme en sociologie, constituant ainsi une littérature très dense. J'ai trouvé pertinent de n'en sélectionner qu'une seule, par souci de clarté, qui m'a semblé être la plus complète et appropriée à ce sujet de mémoire.

L'estime de soi peut se définir comme un jugement ou une évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal. L'estime de soi est l'essence de l'individu, c'est le rapport entre les réussites et les aspirations ainsi que les résultats et les échecs. Elle représente l'estime de soi de base et elle est considérée stable. (Doré, 2017)

Cette définition suggère que l'individu s'estime selon sa propre perception, son sentiment d'avoir de l'importance et d'être unique. Elle suppose que l'estime de soi serait favorisée par l'équilibre dans les rapports avec les autres. L'estime de soi serait ancrée et acquise à travers les expériences de vie. Puis :

[...] l'estime de soi de l'individu est une construction sociale. C'est-à-dire qu'elle se façonne à travers les interactions sociales à partir des opinions, du jugement et des actions, et ce depuis la naissance. Elle

---

représente l'estime de soi fonctionnelle et elle est fluctuante. La personne qui reçoit des commentaires de la part des autres peut décider ou refuser de se les approprier. (Doré, 2017)

Avec cette définition, nous pouvons comprendre en quoi un manque d'estime de soi peut entraver un parcours de soin. Cette dimension est toute particulièrement complexe car elle est influencée par les mécanismes internes tout comme les événements extérieurs, comme la santé physique ou l'environnement social.

Il ne semble pas y avoir de bonne réponse, de pratique magique et applicable à tous les individus qui permettraient de résoudre ces problématiques. Cependant, nous pouvons mettre en application des outils concrets et une certaine posture qui faciliteront le lien de confiance et pourront mener l'usager vers un meilleur état de santé et une meilleure estime de soi.

Ainsi, nous pouvons nous demander : de quelle manière un suivi en médiation en santé va favoriser un processus d'amélioration de l'estime de soi chez la personne accompagnée ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous devons dans un premier temps nous pencher sur le lien entre l'estime de soi et la santé, car il nous faut le comprendre pour saisir la pertinence d'un accompagnement en médiation dans ce genre de problématique. Nous pourrions ensuite voir dans un second temps comment mettre en place un suivi de médiation en santé chez une personne qui manque d'estime de soi et comment cet accompagnement peut évoluer. Enfin, nous essayerons de comprendre comment et à quel moment il est pertinent de mettre fin au suivi et de quelle manière cette fin peut impacter l'estime de soi. Je prendrai soin, au travers de ce mémoire, d'illustrer les idées clés avec des situations issues de ma pratique professionnelle en tant que médiatrice auprès de femmes enceintes, le plus souvent en situation de précarité. Les vignettes seront anonymisées pour des raisons de confidentialité.

Par souci de lisibilité et d'inclusion, j'emploierai tout au long de ce mémoire le terme « patiente » et « usagère » systématiquement au féminin, et « médiatrice en santé » pour désigner tout.e professionnel.le pratiquant la médiation.

---

# 1. Manque d'estime de soi et santé

## a. L'impact de la santé sur l'estime de soi

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Partant de ce postulat, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un problème de santé affecte l'estime de soi. En effet, une moins bonne santé altère notre capacité à être productif, à penser ou agir correctement et le regard de la société, le statut social peut s'en trouver changé.

Comme abordé auparavant, l'estime de soi n'est pas seulement influencée par notre jugement interne, mais également par notre environnement et ce que notre cercle social nous renvoie. Il est donc logique que l'estime de soi soit diminuée lorsqu'un problème de santé survient, avec toutes les conséquences qui en découlent.

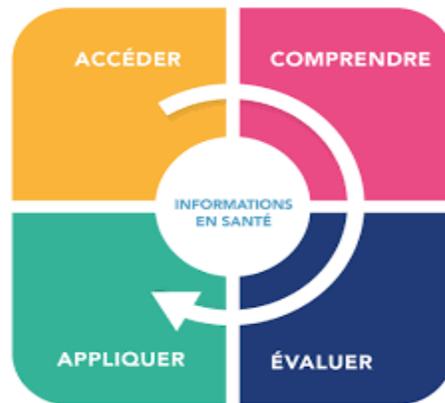
Une étude longitudinale (Liu et al., 2019) montre une corrélation entre l'estime de soi et la maladie chronique. Une baisse de l'estime de soi chez un jeune adulte est prédictive d'une progression de la maladie chronique. Dans l'autre sens, une augmentation de la maladie chronique induit également une baisse du niveau d'estime de soi.

Selon une autre étude de 2006, une bonne santé contribue à des évaluations plus positives de nous-mêmes. Les processus d'estime de soi sont aussi associés à des changements positifs concernant la santé. Les individus seraient motivés par leur désir d'affirmer une bonne valeur d'eux-mêmes et d'identité positive pour maintenir ou améliorer leur santé physique. (Donald et al., 2006)

Une mauvaise santé demande souvent une prise en soin, et donc une entrée dans le système médical français qui peut être vécue de manière très violente, d'autant plus si l'on souffre d'une estime de soi plus pauvre. En effet, le système de soin français est complexe, exigeant, et il peut être éreintant de trouver des informations claires et compréhensibles. Même une fois que l'information est parvenue jusqu'à la personne, il faut alors trouver un rendez-vous chez le bon professionnel et naviguer tout du long dans le suivi de santé. Cela demande un niveau de littératie en santé élevé et peut mener aisément à l'abandon du suivi à force de rencontrer des embûches.

---

L'OMS définit la littératie en santé comme: "les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé."



Le niveau de littératie en santé peut être influencé par de nombreux éléments internes : le niveau d'éducation, la barrière de la langue, les situations de handicaps ou de troubles psychiques, mais également bien sûr le niveau d'estime de soi. Si on ne s'estime pas capable, si on ne croit pas en nos capacités, il sera encore plus difficile d'atteindre ces quatre objectifs de santé.

Néanmoins, la littératie est également influencée par des caractéristiques externes : un système de santé complexe, les déserts médicaux, le manque de vocabulaire commun ou de disponibilité de certains professionnels,...

Le poids de la responsabilité de la navigation dans le système de santé ne doit pas seulement reposer sur les usagers, mais aussi sur le système et les professionnels qui le composent, pour travailler continuellement sur cette notion et rendre accessible les informations de santé.

Maintenant que cette notion a été abordée, nous comprenons mieux de quelle manière une santé détériorée complique la navigation dans le parcours de santé. L'entrée dans le parcours de soin confrontant les usagers à toutes ces difficultés et faisant souvent écho à leurs problématiques quotidiennes, une estime de soi de bonne facture est nécessaire pour traverser cette épreuve et continuer à mettre sa santé au cœur des objectifs de vie.

Par exemple, une personne sans droits ouverts se verra continuellement confrontée à sa différence sociale. Elle devra spécifier son statut administratif à chaque fois qu'elle consulte et n'aura pas accès aux mêmes offres de soin. Elle est alors mise face à sa problématique de manière répétitive, et devra lutter deux fois plus que les autres pour se soigner.

---

En fonction de sa “santé sociale”, elle rencontrera peut-être par la suite des difficultés à prendre son traitement correctement ou à se rendre aux rendez-vous en temps et en heure, et là encore il y a un risque de mise en échec. Cette situation peut également engendrer des réflexions de la part du corps médical, et à long terme détériorer le lien entre le patient et le système, et donc sa motivation à prendre soin de sa santé. Son estime de soi, déjà abîmée par les épreuves de vie, ne peut pas se stabiliser ou s’améliorer si l’entrée et le parcours dans le système de santé se passe de cette manière.

Nous voyons donc de manière limpide toute la pertinence des missions de la médiatrice en santé dans cette problématique, qui pourra guider sans jugement, et servir de béquille (temporaire) le temps qu’un suivi médical s’installe et que la patiente gagne en confiance -en elle et en le système de santé.

#### b. L’impact de l’estime de soi sur la santé

En prenant le problème dans l’autre sens, nous pouvons nous rendre compte également que l’estime de soi a un impact sur la santé.

Selon une étude (Pfister et al, 2001), le manque d’estime de soi est corrélé avec de l’hostilité. “Ces résultats sont assez conformes aux interprétations généralement admises selon lesquelles les individus ayant une faible estime de soi tendent à considérer les autres aussi négativement qu’eux-mêmes (Averill, 1982 ; Ehrlich, 1973)”.

De manière générale, cela indique qu’il faut aussi considérer chez les patientes “ hostiles” que nous pouvons recevoir, un manque d’estime de soi. Il peut être intéressant de garder cela en tête lors des entretiens, car les patientes “hostiles”, ou “non coopérantes” (comme on peut parfois l’entendre en établissement de santé), peuvent être moins bien pris en soins qu’une personne classique. Cela rend la relation au système de soins difficile et expliquerait notamment la rupture des parcours de santé plus fréquente chez ces patients.

Les femmes sont plus touchées que les hommes par les problèmes d’estime de soi. La différence apparaît à l’adolescence, c’est là que l’écart se creuse et se maintient jusqu’à 60 ans environ ; c’est à cet âge que l’estime de soi des hommes chute drastiquement. (Zeigler-Hill V., 2013). Cela peut s’expliquer par la manière dont les corps des femmes sont traités dans la société et la différence de statut social persistant encore aujourd’hui. De manière générale, l’estime de soi diminue pour tout le monde autour de 60 ans. La perception des pertes d’autonomie, cognitives et des fonctions du corps est sûrement en cause ici.

---

Les résultats sont mitigés quant à l'impact de la culture sur l'estime de soi, nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion comme quoi certaines sociétés maintiendraient un niveau plus élevé d'estime de soi que d'autres. Cependant, les résultats montrent bien que les populations stigmatisées ont un niveau d'estime de soi moins élevé que le reste de la population, probablement par un effet d'internalisation des opinions négatives. (Zeigler-Hill V., 2013).

Les personnes avec une meilleure estime de soi vivent moins mal le rejet et l'échec. L'estime de soi aurait donc une fonction protectrice, limitant les conséquences stressantes de ces événements négatifs (Zeigler-Hill V., 2013). Une personne avec une pauvre estime de soi subira donc ces événements de manière plus directe et en ressentira donc des conséquences négatives plus intenses et durables.

L'étude citée ci-dessus s'est penchée sur les aboutissements de vie positifs chez les personnes en fonction de leur niveau d'estime de soi. Le niveau d'estime de soi fait partie des critères d'évaluation d'un bon nombre de pathologies et troubles psychologiques, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'un bas niveau d'estime de soi soit un facteur de vulnérabilité en ce qui concerne ces troubles (Zeigler-Hill V., 2013). Si nous nous rapportons à nouveau à la fonction protectrice de l'estime de soi, nous pouvons néanmoins en déduire que sans elle, les personnes sont plus exposées au stress et donc aux troubles psychologiques à plus long-terme.

En ce qui concerne la santé physique, un bas niveau d'estime de soi a bien été corrélé avec un indice de masse corporelle plus élevé, plus de maladies cardiovasculaires et une consommation de tabac et d'alcool plus importante (Zeigler-Hill V., 2013). L'hypothèse selon laquelle l'estime de soi permet de réguler plus facilement le taux de cortisol grâce à sa fonction protectrice face au stress des événements de vie semble pertinente.

De mon expérience en tant que médiatrice en santé en maternité, travaillant auprès de femmes enceintes souvent dans la précarité : sans estime de soi, la patiente n'est pas encline à engager des démarches de santé, entre autres car le parcours peut sembler insurmontable. Il n'y a pas de motivation intrinsèque car la patiente ne s'estime pas méritante, ou avoir assez de valeur pour être soignée, prise en soin. Cela demande du temps, de l'attention de professionnels de santé et parfois les femmes ne se sentent pas "méritantes" de cette attention à leur égard. La particularité du parcours de grossesse réside dans le fait qu'un nouvel être a besoin d'attention, et là la patiente se sent investie. C'est parfois la seule chance de voir la patiente dans un cadre médical, car sinon elle ne sollicite jamais le système de santé.

---

### **Vignette clinique : Mme K, l'importance de prioriser les besoins**

*Mme K, 38 ans, est orientée vers la médiation car elle rencontre de sérieux problèmes de précarité (Mme est enceinte de 6 mois, en situation de rue avec son enfant de 2 ans) et a besoin d'être orientée vers des dispositifs pour se stabiliser. On prévient la médiatrice que Mme K n'est "pas très engagée dans son suivi de grossesse", qu'elle manque beaucoup de rendez-vous et arrive en retard. Je m'arrange donc pour placer notre rendez-vous juste après son rendez-vous d'échographie, pour simplifier son déplacement à l'hôpital.*

*En entretien, elle me dit s'attendre à ce que je "lui tape sur les doigts" pour avoir manqué tous ces rendez-vous. Elle m'explique les difficultés qu'elle a, en dormant tous les soirs dans des endroits différents, à se rendre à l'hôpital en temps et en heure et à se souvenir des horaires des consultations. Elle s'inquiète car elle se trouve très déprimée et ne sait pas combien de temps elle pourra tenir dans cette situation.*

*Je lui explique alors que l'objectif n'est pas de la culpabiliser, mais de trouver ensemble des solutions pour faciliter son suivi de grossesse, d'autant plus qu'elle a un diabète gestationnel qui demande un suivi. Je l'oriente sans attendre à l'assistante sociale pour qu'elle puisse faire une demande auprès d'un centre maternel.*

*Après cet entretien, Mme K rencontre l'assistante sociale, va à ses rendez-vous d'échographie, mais ne se présente toujours pas à ceux axés sur le diabète.*

*Je la rappelle pour reprogrammer ses rendez-vous, et elle me confie ne pas considérer le diabète comme quelque chose d'important. Elle sait que les conséquences du diabète sont surtout sur la santé de la maman, et elle voit à l'échographie que le bébé grandit bien et est en forme, c'est la seule chose qui l'importe. Elle n'a jamais fait suivre sa santé, car pour elle cela n'avait pas d'importance, encore plus dans ce contexte où plein d'autres éléments sont prioritaires (trouver où se nourrir, où dormir, éviter les dangers de la rue...).*

*La motivation d'aller aux rendez-vous est seulement liée au bien-être du bébé, pas au sien. De la même manière, elle s'inquiète de ne pas trouver à manger seulement pour le bon développement du bébé et pour son enfant de 2 ans.*

*L'équipe s'adapte à ce suivi partiel en assouplissant les limites horaires et en acceptant que la dame ne peut pas avoir un suivi optimal.*

---

*J'apprends par l'assistante sociale qu'un centre maternel a accepté de loger la patiente. J'ai l'occasion de la croiser presque 1 an après son accouchement, j'ai du mal à la reconnaître : Mme est maquillée et a changé de couleur de cheveux. Elle arbore un grand sourire. La surprise sur mon visage que je ne peux pas cacher la fait rire, elle sait qu'elle a beaucoup changé. En lui parlant, je me rends également compte que sa voix est plus assurée, et elle est fière de me montrer ses enfants qui grandissent bien. Elle me glisse alors qu'elle revient régulièrement à l'hôpital car elle s'est inscrite au programme de réparation de l'excision.*

Si la motivation de base n'est pas axée vers sa santé personnelle, il faut considérer l'inquiétude d'une mère comme l'opportunité idéale de la rapprocher du système de santé et de lui faire prendre conscience de l'importance de sa santé. Un point de vigilance cependant avec cet axe : il peut être tentant pour les professionnels de santé d'utiliser comme levier le bien-être du bébé, et cela peut parfois être culpabilisant. *"Si vous ne prenez pas bien soin de vous, vous n'arriverez pas à prendre soin de votre bébé"*. La patiente fera peut-être ses examens par peur, mais cela ne la mettra pas au centre de sa santé, et cela sous-entend que le bien-être de la patiente ne constitue pas une raison suffisante de prendre soin d'elle.

En ce qui concerne cette patiente, nous pouvons voir les bénéfices indirects de la médiation en santé. Ce n'est pas mon accompagnement en lui-même qui l'a menée vers l'estime de soi, mais bien les orientations que j'ai pu faire qui ont débouché vers des solutions pour stabiliser la patiente. Le manque d'estime de soi de la patiente, lié à sa situation de rue, aurait pu grandement nuire à sa santé et causer de lourdes conséquences pour elle. Une fois la problématique du logement réglée, on peut voir la vitesse avec laquelle la patiente a su se réinvestir dans sa santé, car elle était mentalement disponible et disposée à faire ces démarches.

C'est donc avant tout le fait d'avoir des besoins primaires satisfaits et une stabilité financière et de logement qui vont améliorer l'estime de soi et qui permettent de réaliser par la suite d'autres objectifs d'épanouissement personnel.



---

On ne présente plus la pyramide des besoins d'Abraham Maslow créée en 1940, qui hiérarchise les différents besoins humains pour expliquer que si nos besoins primaires ne sont pas satisfaits, nous ne pouvons pas accéder aux besoins supérieurs. Etant donné que nous rencontrons très régulièrement des personnes dans la précarité dans le cadre de nos missions, cette pyramide, bien qu'imparfaite et probablement désuète, nous revient sans cesse à l'esprit. Comment aider les personnes sans logement, ni moyens financiers à avoir de l'estime de soi ? Cette question reste en suspens car la marge de manœuvre reste très faible dans ces situations-là.

## 2. L'accompagnement en médiation en santé et l'estime de soi

Maintenant que nous avons mieux saisi les enjeux de l'estime de soi, son fonctionnement et sa corrélation avec la santé globale, nous pouvons nous demander comment la médiatrice peut-elle intervenir dans cette situation et quel est son rôle ?

Il est important de souligner que le rôle de la médiatrice n'est pas thérapeutique. Il n'est pas question ici de régler les problématiques de confiance en soi, mais plutôt de voir comment on peut -au pire- apprendre à la patiente à faire avec, au mieux la guider vers une meilleure estime de soi. La médiatrice fonctionne au sein d'une équipe, où chacun a un rôle défini qui permet entre autres d'accompagner la patiente vers un mieux-être. La médiatrice n'a donc pas à elle-seule la responsabilité d'améliorer la situation de la patiente.

La médiatrice a deux objectifs en tête quand elle rencontre une personne qui manque d'estime de soi : recréer le lien avec le système de santé et améliorer l'autonomisation en ravivant l'estime de soi de l'usagère. Pour ce faire, elle a des outils et méthodes qu'elle doit appliquer de manière universelle lors de chaque entretien, et d'autres qu'elle peut moduler en fonction de la patiente en face d'elle.

---

## a. La posture constante de la médiatrice

Le clinicien établit ce cadre dès les premières rencontres avec le patient. La gestion du cadre est un enjeu essentiel : un cadre trop rigide enferme le patient, il abolit l'espace d'échange et de reconnaissance mutuelle. A l'inverse, un cadre trop souple annule l'asymétrie patient-psychologue, le patient « fait sa loi ». (Sillon B., 2021)

Le cadre est de la responsabilité du professionnel, qui se doit de l'adapter en fonction des besoins de la personne en face. Le cadre permet de créer ou cocréer un espace confortable pour que l'utilisateur puisse se sentir à l'aise de parler, mais également à l'aise de refuser de parler.

Il protège à la fois l'utilisateur et le professionnel, car il permet de poser des limites assez tôt dans la relation. Cependant, il n'est pas toujours évident de poser un cadre juste, et à trop vouloir se focaliser sur le cadre on peut aussi en oublier l'essentiel, ce que la patiente exprime à l'intérieur du cadre. Dans cette partie, nous allons donc aborder les différentes manières de construire ce cadre et à quelles fins, à travers de la théorie ainsi que quelques exemples cliniques.

Lorsqu'il s'agit d'établir un cadre, le plus important est probablement de communiquer sur celui-ci avec la personne en face. Si le cadre reste seulement dans la tête du professionnel, on ne peut pas construire une relation de confiance sur les mêmes principes.

S'agissant d'autant plus d'un accompagnement en médiation, les missions ne sont pas toujours claires pour l'utilisateur et elle est parfois orientée vers nous sans savoir pourquoi. Il est donc d'autant plus important de bien expliquer le cadre de l'accompagnement et les missions de la médiatrice, pour ne pas créer d'illusion quant à l'accompagnement.

Exemple :

- *Patiente : Bonjour, on m'a orienté vers vous pour un accompagnement social. On m'a dit que vous alliez m'aider à avoir l'AME.*
- *Médiatrice : Bonjour, oui en effet je vais vous accompagner. Mais ce n'est pas moi qui vais monter le dossier d'AME et l'envoyer. Je vais vous accompagner pour prendre RDV au service social, et c'est ma collègue assistante sociale qui va faire ces démarches avec vous.*

---

Les personnes au début d'un suivi voient surtout au début la montagne de choses à faire. D'où l'importance de bien faire un bilan au fur et à mesure de tout ce qu'elles ont pu accomplir, et de se positionner comme fil conducteur du suivi pour plus de simplicité dans le parcours. Ainsi, dans le futur, l'usagère connaîtra mieux les fonctions d'une médiatrice et aura moins de risque de se tromper d'interlocuteur. Elle gagne non seulement en temps, mais surtout en confiance en elle car elle saura mieux s'orienter dans le système de soins.

Le cadre à mettre en place est à adapter en fonction de la personne en face du professionnel, mais également en fonction du professionnel lui-même. Il semble important de bien se connaître pour pouvoir mettre ses limites : je sais que j'ai du mal à m'imposer et à dire non → Je mets un cadre ferme au début et j'adapte ensuite.

Si le professionnel est confiant et croit en son cadre, ce sera plus facile pour l'usagère d'être confiante dans le suivi et dans sa progression. Le professionnel peut ainsi transmettre cet état de confiance par projection.

D'un côté, un cadre trop rigide peut avoir pour conséquence un manque d'espace pour l'usagère, le professionnel peut sembler trop directif, et cela ne laisse pas forcément la possibilité à la patiente de faire des choix, de prendre du temps ou de parler pour elle-même. Cela met en péril le lien de confiance et empêche la patiente de vraiment se sentir à l'aise.

De l'autre côté, si le cadre est trop souple, certaines usagères peuvent prendre trop leur aise, ou ne pas se sentir assez contenus, on peut également leur présenter trop de choix ce qui a pour conséquence une perte de moyens.

De manière générale, le but est d'instaurer un cadre approprié, qui fait sens pour le professionnel et la patiente, et de communiquer à propos du cadre tout au long de l'accompagnement pour fluidifier la relation et être sûr qu'elle convient toujours aux deux personnes.

Après avoir expliqué le cadre, il est important de laisser le temps et l'espace à la personne pour qu'elle nous explique ce qui l'amène. La qualité de l'écoute est une dimension vitale de l'entretien, car en saisissant la problématique efficacement, l'usagère se sentira probablement plus comprise et fera plus confiance au professionnel. Son cheminement de pensée serait alors le suivant : *« si mes émotions sont légitimes, j'ai le droit d'être inquiète, de souffrir et ce n'est pas minimisé par le professionnel, alors je reprends confiance en moi. »* Attention, il ne faut pas non plus que la patiente attende en permanence la

---

validation du professionnel. Cela vaut pour tout professionnel de santé mais en tout particulier la médiatrice, car nous sommes censés être de passage dans le parcours des personnes sans qu'une relation de dépendance s'installe.

La suspension du jugement chez la médiatrice a un intérêt certain. L'usagère ressent le droit de dire ce qu'elle pense et ce qu'elle ne sait pas. On peut avoir tendance chez le médecin à ne pas oser dire que l'on a pas compris par peur d'être jugé ou de représenter un fardeau pour le professionnel qui va perdre du temps. Lors d'un entretien en médiation, en offrant un espace sans jugement et sans limite de temps, la personne peut poser des questions qui peuvent paraître sans importance ou futile, ou expliquer sa vision des choses par rapport à sa culture par exemple. Cela favorise une expression libre et lui permet de mieux comprendre les informations et de s'en saisir. Ainsi, la personne peut gagner en estime de soi et en confiance en elle.

La médiatrice en santé doit être vigilante dans sa manière de délivrer les informations à la patiente, sans inciter ni influencer la décision, mais bien en expliquant de manière objective toutes les possibilités qui s'offrent à elle. Il s'agit probablement de la posture la plus importante qui va permettre à la personne en face de développer son autonomie et son estime de soi. La personne est experte d'elle-même, et la meilleure manière de lui montrer est bien de la laisser agir. Il est aussi important de bien lui expliquer tous les choix disponibles pour elle, avec les bons et les mauvais côtés. Prendre ce temps lui permet aussi de se sentir respectée et écoutée dans le cadre d'un accompagnement médical. Si la personne prend une décision qui peut nous paraître mauvaise pour elle, ou inadaptée à sa situation, il n'en reste pas moins qu'elle lui appartient.

Il en est de même en ce qui concerne les orientations. Une orientation précise et simple permettra à la patiente de voir que (parfois) un parcours de soin peut être fluide et efficace. Elle pourra y arriver sans trop d'embûches et se prouver à elle-même que c'est faisable, et peut-être reprendre confiance à la fois dans le système médical et dans ses capacités. Il semble important de simplifier la démarche au maximum dans un premier temps, par exemple :



Puis, dans un second temps, ou dans un premier temps pour les patientes plus autonomes :



---

Faire des orientations pertinentes permet de rappeler aux usagères et aux collègues qu'on ne remplace pas tous les professionnels. Chacun a son rôle et on ne peut pas être efficace dans tous les domaines. Cela permet l'autonomisation des usagères qui sauront vers qui s'orienter, en prenant garde à ne pas trop multiplier les interlocuteurs qui ont les mêmes fonctions. La notion du rôle de navigatrice prend ici tout son sens.

### **Vignette clinique : Mme S, choix de l'IVG ou du parcours grossesse**

*Mme S., 40 ans, arrive à l'accueil de la maternité, ne parlant pas très bien français mais maîtrisant l'anglais. On l'oriente vers la médiatrice car on pense qu'elle souhaite s'inscrire à la maternité, et il faut lui expliquer qu'il est encore trop tôt dans la grossesse pour faire cette démarche. Mme S explique alors à la médiatrice qu'elle ne souhaite pas s'inscrire à la maternité mais souhaiterait plutôt avoir recours à l'IVG.*

*Au fur et à mesure de l'entretien, Mme S confie avoir des doutes, elle est déjà venue voir la CCF mais n'arrive toujours pas à prendre une décision sur l'avenir de la grossesse. Je prends le temps d'expliquer, selon son choix de garder la grossesse ou non, comment se passera la suite de son parcours. Mme S. arrive désormais mieux à visualiser les options qui s'offrent à elle, mais il lui est toujours impossible de faire un choix. Elle ne se sent pas prête à être mère, elle ne se sent pas assez responsable. "Et puis, pour élever un enfant, il vaut mieux être deux", dit-elle. "Dans ma culture, c'est mal vu d'être mère célibataire". Quand on pèse le pour et le contre, Mme S dit que la seule raison pour laquelle elle veut garder l'enfant, c'est parce qu'elle se sentirait coupable d'avoir recours à l'IVG pour la deuxième fois, elle ne veut pas revivre cette situation.*

*Mme S explique que depuis son enfance, il est très dur pour elle de s'exprimer, prendre des décisions, elle ne sait jamais dire "non" aux autres et a besoin de quelqu'un pour prendre les décisions à sa place (sa mère, son conjoint...).*

*A l'écoute de son discours, il serait tentant pour le professionnel en face de donner des conseils, prendre la place attendue par la personne en face. Et pourtant, ce n'est pas la posture professionnelle adaptée qui permettra à la patiente d'avancer dans sa problématique. J'ai préféré lui expliquer, lors de plusieurs entretiens, que cette décision lui appartenait entièrement, et que le géniteur et sa logeuse n'avait pas le droit de décider à sa place.*

*La patiente choisit finalement de faire la 1ère échographie, en m'expliquant que cela lui permettra de prendre une décision plus facilement. Je lui demande si elle souhaiterait regarder l'écran, écouter le cœur...*

---

*Mme S me dit que oui avec un grand sourire. Je comprends alors qu'elle se projette déjà dans le suivi de grossesse, et elle m'affirmera à la fin de la consultation d'échographie son souhait de poursuivre la grossesse. Je l'accompagnerais tout au long de son suivi.*

## b. Un accompagnement personnalisé

Une posture professionnelle adaptée demande une certaine souplesse de la part de la médiatrice pour prendre en compte la culture, la personnalité et les problématiques de l'usagère.

Si on prend en compte l'individualité de la personne en face de nous, cela peut aider à ce qu'elle ressente un certain respect de ses valeurs, sa culture, qui elle est... Cette posture permet à la personne de se sentir plus à l'aise et prise au sérieux. En fonction de la personnalité de la personne accompagnée par exemple, il sera pertinent d'adapter son cadre, sa disponibilité, le ton employé, et bien sûr les orientations. Il ne s'agit pas de faire fi de notre propre individualité, mais bien de faire preuve de souplesse et d'adaptabilité, tout en restant congruent avec qui nous sommes.

De la même manière, nous n'adresserons pas une personne au même endroit en fonction de son attachement à sa communauté, son intérêt pour la culture ou le sport, ses besoins actuels, si elle a des enfants ou non... Toutes ces variables sont à prendre en compte et à questionner tout au long de l'accompagnement, car parfois le bien-être de la personne peut se rattacher à très peu de choses qui ont une importance énorme pour elle.

Il en est de même dans la prise en compte de sa problématique. Bien souvent, une médiatrice aura en tête pendant un entretien à la fois la demande de l'établissement, la demande de l'interlocuteur et ce que nous percevons comme prioritaire. Ces trois perspectives sont souvent différentes, et il peut être piégeux de mettre en avant une problématique non prioritaire pour la patiente, qui se sentira moins écoutée et adhérera peut-être moins au suivi. Elle fera peut-être les démarches dont nous lui avons parlé, mais pour nous faire plaisir et sans réelle compréhension de l'importance de la chose. En somme, il est souvent bon de se questionner sur l'importance que nous accordons à certains éléments en tant que professionnel, extérieur à la situation de la personne, en comparaison avec l'importance qu'ils ont (ou non) au regard de la patiente.

Si les principes fondamentaux de la posture de médiatrice évoqués plus haut sont universels (suspension du jugement, écoute, bienveillance...), garder une certaine flexibilité permet d'adapter notre prise en soin

---

à la personne en face de nous. Ses réactions verbales, non verbales et émotionnelles nous permettent d'en savoir plus, et il est important de bien les prendre en compte pour s'adapter en permanence.

Si on est sensible à ces indices, qu'on réussit à percevoir ce que la personne essaie de nous dire, cela va augmenter les chances pour elle d'oser s'exprimer. On lui montre aussi que les professionnels de santé peuvent avoir des capacités d'écoute, et qu'ils représentent une équipe sur laquelle on peut compter. Certains patientes peuvent avoir perdu confiance dans le système de santé, et notre posture a une incidence sur cette relation et sur leur parcours de soins à venir.

La pratique de la médiation nécessite l'utilisation d'outils pratiques, pour imaginer ou adapter notre discours. Ces outils sont particulièrement utiles quand le dialogue est compliqué, par exemple s'il existe une barrière de la langue ou si la patiente n'est pas à l'aise avec le sujet. Ces outils permettent une meilleure compréhension de la problématique. Ainsi, on ne remet pas continuellement la faute sur la patiente quand elle ne comprend pas quelque chose du système de santé. La mise en place d'outils pratiques simples, inspirés de la méthode FALC (Facile à lire et à comprendre), rend l'information plus accessible, sans pour autant infantiliser ou mettre en exergue le niveau de compréhension.

Quand la patiente comprend, elle se dit qu'elle est capable de comprendre une information quand elle est bien expliquée. Cela contribue beaucoup à l'estime de soi, car cela diminue la sensation d'être perdue et de ne pas pouvoir avancer lorsque les autres ont réussi. Si une information n'est pas bien comprise, la responsabilité de la compréhension ne peut pas être placée sur la patiente, il est nécessaire que le professionnel se remette également en question et utilise la variété des outils disponibles pour faciliter l'accès à la compréhension.

---

## 3. Fin de parcours et autonomisation

Maintenant que nous avons étudié la posture à adapter et le suivi à mettre en place pour guider une patiente vers l'estime de soi, nous pouvons aborder le vaste sujet qu'est la fin d'un accompagnement, comment il se met en place et quels sont les risques à prendre en compte.

### a. La médiatrice comme filet de sécurité

L'image du "filet de sécurité" permet bien de comprendre le rôle et la posture de la médiatrice, tout au long du suivi mais en particulier vers la fin, où les enjeux d'autonomisation sont les plus importants.

Cette image, qui peut être partagée avec la patiente, va permettre de lui faire comprendre qu'elle peut prendre des risques, et que la médiatrice pourra toujours être sollicitée si les choses sont trop compliquées. C'est une étape vers l'autonomisation qui permet à l'usagère de prendre confiance en elle, et qui évite de trop se décourager si le résultat n'est pas là, ou s'il est mitigé.

Concrètement, il s'agit en fait de rester disponible et de laisser une porte ouverte si une difficulté survient. Cela ne veut pas dire répondre jour et nuit au téléphone et tout lâcher pour venir aider la patiente. Mais, par exemple, donner la possibilité d'envoyer un message si elle a une question, tout en expliquant que je répondrais quand je serais disponible. La patiente comprend qu'elle ne me dérangera jamais, et que je répondrai quand ce sera le moment pour moi. Par contre, quand elle a une urgence, elle sait que ce n'est pas la médiatrice qu'elle doit solliciter mais le numéro d'urgence. Cela rassure, permet d'éviter les possibles abus et déculpabilise la patiente qui pourrait croire qu'elle dérange avec ses questions. Si je ne peux pas l'aider, que je ne connais pas la réponse, je n'ai aucune gêne à lui dire et à l'orienter vers un professionnel mieux armé.

En ce qui concerne la fin de suivi, elle est souvent implicite dans le cadre de ma pratique. Le suivi prend souvent fin en même temps que la grossesse, ou à la sortie de maternité des patientes. Il est important de préciser à plusieurs reprises que la porte reste ouverte, car les patientes peuvent ne plus se sentir légitimes à me solliciter à la sortie de la maternité. Pourtant, c'est le moment où elles sont le plus souvent vulnérables car le suivi à l'hôpital prend fin et une grande partie des professionnels autour d'elle ne sont plus présents.

---

C'est là que l'aller-vers a toute son importance : rappeler la patiente quelques semaines après le retour à la maison permet de la déculpabiliser, ce n'est pas à elle de franchir le pas d'appeler car elle a besoin d'aide, l'opportunité se présente plus aisément. Et si tout va bien, elle peut se sentir fière de nous montrer son gain d'autonomie et les démarches qu'elle accomplit de son côté.

Si une patiente considère qu'elle peut s'en sortir sans médiation dans le futur et arrête d'elle-même le suivi, cela semble plutôt bon signe qu'elle est plus autonome et a assez d'estime de soi, elle se connaît assez bien.

### b. Les réussites, les écueils et les limites

Qu'est-ce qu'on peut considérer comme un accompagnement réussi ? Raté ? Qui peut juger entre le professionnel et la patiente ?

En tant que médiatrice, il est nécessaire d'être attentive à ne pas emmener la patiente plus loin que ce qu'elle désirait, ou surévaluer sa capacité d'autonomisation. Si c'est le cas, on risque non seulement de la déstabiliser, mais aussi de la mettre en difficulté dans des situations qu'elle ne maîtrise pas. Cela aurait pour conséquence de la mettre en échec et de faire des pas en arrière dans l'avancée vers l'estime de soi.

“Je pensais en être capable, la médiatrice me croyait capable, et en fait je n'ai pas réussi, je me déçois et je déçois les personnes autour de moi”. L'échec peut survenir, bien sûr, mais il est important de limiter ces situations et de faire un travail avec la patiente sur pourquoi cela est arrivé. Souvent, les éléments extérieurs sont aussi responsables et il est intéressant d'en discuter avec elle.

A l'inverse, la médiatrice peut aussi ne pas avoir assez confiance en la patiente, lui prendre la main ou faire à sa place. Cela permet un gain de temps à court terme, et une assurance que la chose sera bien faite. Mais au long-terme, cette démarche est détrimentaire pour la patiente qui n'arrivera jamais à progresser et deviendra dépendante de la médiatrice.

En complémentarité de l'autonomisation, il est naturel d'aborder également la notion d'*empowerment*.

Selon un rapport de l'OMS cité chez Promotion Santé IDF, l'empowerment est défini comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent [...]. A la fois but et moyen, cette notion renvoie au fait de renforcer le “pouvoir de” de chacun afin qu'il puisse l'exercer dans une perspective de santé optimale. Il s'agit donc

---

de développer les compétences individuelles, mais également d’agir sur les systèmes (environnement, structures, groupes sociaux) pour que ces compétences puissent s’exercer réellement et efficacement »

Si les termes d’empowerment et d’autonomisation sont considérés dans le milieu comme parfaitement synonymes, pour moi cette capacité est en continuité directe de l’autonomisation, elle s’acquiert à la suite de ce processus. Un patiente peut être autonome sans pour autant se sentir acteur de sa santé, il s’agit d’un niveau encore supérieur.

La posture de la médiatrice et de l’équipe médicale est décisive pour replacer la patiente au centre de son suivi, et lui rappeler que c’est son avis qui compte dans les décisions sur sa santé. Mais à mon avis, la dimension d’empowerment ne peut pas s’acquérir sans une base d’estime de soi. Elle est essentielle pour se considérer comme ayant assez de valeur, assez de compétences pour prendre ses propres décisions sur sa santé. Si une des missions de la médiation est d’accompagner vers l’autonomisation et l’empowerment, alors il est également naturel d’accompagner vers l’estime de soi des patientes, sans laquelle ils ne peuvent pas acquérir ces autres compétences.

Alors que considère-t-on comme un accompagnement réussi ? Du côté de la médiatrice, on peut évaluer si on a réussi à s’aligner au rythme et à la volonté du patiente. On peut regarder les choses de manière très concrète pour évaluer notre action : s’est-il rendu au rendez-vous seul ? A-t-il sollicité la bonne personne au bon moment du parcours ? Prend-il des décisions éclairées sur sa santé ?

Mais en réalité, c’est surtout la patiente qui va savoir si la médiation en santé a été bénéfique pour elle. C’est ce qu’elle considère comme un progrès, une avancée dans son parcours. D’où l’importance, autant que possible, de faire un bilan avec elle vers la fin de son suivi. Cela lui permet de regarder en arrière et de voir tous les progrès. *“Quand vous êtes arrivé, votre situation était ainsi... Maintenant, qu’est-ce qui a changé pour vous?”*.

Et comment considérer un accompagnement qui ne se finit pas ?

Il est également possible qu’une patiente ne s’autonomise pas. Il y a plein de raisons possibles, comme une barrière de la langue, un handicap, ou une personne vieillissante... L’idée de l’estime de soi qui guide automatiquement vers l’autonomisation est donc à nuancer. Faut-il pour autant considérer cet accompagnement comme un échec ? Pas nécessairement. Il peut aussi y avoir une possibilité : accepter que l’on aura toujours besoin d’aide pour certaines démarches, et que cela ne nous rend pas plus faible qu’une autre personne. Ce qui est autonome, c’est de faire la démarche d’aller demander de l’aide quand

---

on en ressent le besoin. Cela apporte une nuance à la définition d'autonomisation qui permet également de déculpabiliser la patiente ainsi que le professionnel.

***Vignette clinique : Mme T. et son chemin vers l'autonomie***

*Il s'agit de ma première patiente vue lors de ma prise de poste. Un lien de dépendance s'est créé au fur et à mesure du suivi, car j'ai eu des difficultés à mettre un cadre en débutant en tant que médiatrice. J'ai mis en place beaucoup de RDV de suivi, d'accompagnements en extérieur à plusieurs reprises qui ont contribué à un lien de confiance très fort.*

*Seulement, après l'accouchement, Mme me sollicite très régulièrement sur des interrogations qui pourraient être prises en charge par la PMI ou le centre de santé où je l'ai orientée pendant la grossesse et qui sont des établissements qui la connaissent bien. " J'ai besoin d'une ordonnance pour des lunettes, où puis-je aller?" "Mon enfant a de la fièvre", etc. Quand je lui dis de se tourner vers les dispositifs qu'elle connaît bien désormais, elle me demande d'appeler pour elle. Ayant acquis plus de compétences sur ma posture, j'ai pris la mesure de continuer à la diriger vers les dispositifs, en lui faisant comprendre qu'il sera plus efficace pour elle d'appeler directement (choix des horaires du RDV, interlocuteur direct etc.) et qu'elle en est grandement capable (a déjà pris des RDV par elle-même au téléphone à plusieurs reprises).*

*Cette situation a été l'occasion de faire un véritable travail d'analyse, car ce n'est pas anodin si elle cherchait à garder le contact avec moi : Mme est une femme isolée avec son nouveau-né, récemment arrivée en France à la suite de violences dans son pays. Elle a beaucoup été accompagnée durant la grossesse car j'ai mis en place beaucoup de choses, c'est donc normal qu'elle continue de me solliciter. Elle a peut-être désormais peur d'affronter les choses toute seule. J'ai donc également réfléchi pour l'orienter aussi vers des associations et activités de sa ville pour recréer un cercle social. Depuis ces propositions : Mme m'appelle beaucoup moins, et quand c'est le cas c'est surtout pour donner des nouvelles, montrer qu'elle va bien et son bébé également.*

En conclusion, cela montre bien l'importance de mettre les limites dès le début, mais qu'il n'est jamais non plus impossible de recadrer la relation en cours - voire en fin - de suivi, sans pour autant lâcher la personne dans le vide. Il est important de rester fidèle à ses orientations (toujours réorienter vers les dispositifs existant à proximité de la patiente), pour que la personne puisse comprendre qu'elle n'a plus besoin de passer par la médiatrice. Dans ce cas de figure, il est primordial de questionner le niveau de confiance en soi de la patiente. Est-ce par habitude qu'elle continue de me contacter, ou a-t-elle peur de

---

prendre le téléphone et de mal faire les choses ? Se sent-elle capable d'expliquer son problème à un interlocuteur ?

L'acquisition de l'autonomie est venue après la fin du suivi pour elle, et c'est à ce moment que je me suis rendue compte de l'amélioration de son estime de soi, car elle ne m'appelait plus par inquiétude mais par fierté de me montrer ses progrès et améliorations de vie.

## Conclusion

A travers ce mémoire nous avons pu dans un premier temps étudier la corrélation entre la santé et l'estime de soi, et en conclure que l'une ne peut pas se développer sans l'autre. L'estime de soi, à l'instar de la santé, est affectée par de nombreux éléments environnants, comme l'éducation, le niveau de précarité, le cadre familial et autres caractéristiques sociales.

Nous avons ensuite compris comment la médiation en santé peut, grâce à une posture adaptée et un accompagnement personnalisé, mener vers une meilleure estime de soi. Pour faciliter ses missions d'explication et d'autonomisation, elle a à sa disposition des outils, des techniques de counseling, et une adaptabilité qui lui est précieuse. La médiatrice constitue un véritable fil conducteur dans le suivi de santé et permet d'éviter les errances des patientes dans le soin, qui devant la complexité du système peuvent se trouver démunies.

La médiatrice doit bien garder en tête sa posture toute en nuance, sans tomber dans le rôle du conseiller ou de l'assistant. Elle se doit de délivrer des informations objectives pour que la patiente puisse s'en saisir et prendre des décisions éclairées sur sa santé et sa vie en général. Même si cela n'est pas toujours réalisable, il est important pour la médiatrice de bien garder à l'esprit son objectif d'autonomie relative de la personne accompagnée, sans pour autant se décourager si le but n'est pas atteint.

A la lumière de ce travail écrit, je souhaiterais apporter une nuance à la définition de l'autonomisation. Je pense que l'autonomisation ne veut pas dire s'en sortir tout seul, mais bien savoir demander de l'aide au bon moment, à la bonne personne. Le but étant que l'accompagnée puisse s'adapter à son environnement tout au long de la vie et faire face aux épreuves qu'elle rencontre.

---

Nous ne rencontrons les personnes que dans leur statut de patiente. Un des moyens alternatifs de les guider vers l'estime de soi peut également être de les sortir de ce rôle. Les accompagnements à l'extérieur et les visites à domicile peuvent temporairement accomplir cet objectif. Au long-terme, la médiatrice peut également orienter vers des associations et des activités pour étoffer leur vie sociale et se voir sous un autre prisme, celui d'individu et non seulement de patiente.

La meilleure manière d'accompagner une personne vers l'estime de soi en tant que médiatrice reste de légitimer sa parole au même titre que n'importe quel professionnel, au sein de son propre parcours de soin (patiente-experte) ou de celui d'un autre (médiatrice-paire). La continuité logique serait qu'à leur tour, les patientes puissent venir en aide aux personnes en difficulté, expliquer des notions qu'ils ne comprenaient pas auparavant, être dans la posture de l'accompagnant. Cela leur montre le chemin parcouru et leur donne une sensation de responsabilité.

Nous pouvons nous demander si une des nouvelles missions des médiatrices ne serait pas d'accompagner à la transition de patiente à patiente-experte et d'aider au recrutement de ces nouveaux professionnels.

---

# Bibliographie

Bolgert, C. (2010). La fin de la thérapie. *Gestalt*, 38(2), 103-112.

Donald C. Reitzes, Elizabeth J. Mutran, Self and Health: Factors That Encourage Self-Esteem and Functional Health, *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 61, Issue 1, January 2006, Pages S44–S51, <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.S44>

Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>.

du Loû, A. D., & Eid, J. (2022). Médiation en santé à Ikambere: le regard des chercheuses. *La santé en action*, (460), 15-16.

Gerbier-Aublanc, M. (2020). *La médiation en santé: contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrantes vivant avec le VIH en France* (Doctoral dissertation, Centre Population et Développement).

Jung, P. Quelques réflexions sur la médiation dans le domaine de la santé. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2022, 35. hal-03989053

Liu, S. Y., Wrosch, C., Morin, A. J., Quesnel-Vallée, A., & Pruessner, J. C. (2019). Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 242, 112600.

Marmot M. (2003). Self esteem and health. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7415), 574–575. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7415.574>

Pfister, R., Masse, C., & Jung, J. (2001). Agressivité, impulsivité et estime de soi. *Staps*, 56(3), 33-42

Sillon, B. et Blanchet, A. (2021). Chapitre 24. Déjouer les pièges de l'entretien : un enjeu pour l'alliance thérapeutique. Dans M. Brennstuhl et F. Marteau-Chasserieu Aide-Mémoire - L'alliance thérapeutique : en 66 notions (p. 151-156). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.brenn.2021.01.0151>.

Zeigler-Hill, V. (Ed.). (2013). *Self-esteem*. Psychology Press. <https://doi.org/10.1093/obo/9780199828340-0124>