



DIPLOME UNIVERSITAIRE DE MEDIATION EN SANTE – 2025

Responsable pédagogique : Pr Olivier BOUCHAUD

***La pertinence de la médiation en santé dans le programme PRACTS
(prévention promotion de santé par des activités collectivisant es sur les
territoires) au sein de l'hôpital ville Evrard.***



Mémoire rédigé par Aisseta SYLLA

SOMMAIRE

I Définition des termes suivant

1. La médiation en santé
2. La santé mentale
3. Prévention et promotion de la santé mentale
4. Vulnérabilité des personnes migrantes

II La pertinence de la médiation en santé dans le programme « PRACTS »

1. Présentation du programme PRACTS
 - 1.1. Que faisons-nous ?
 - 1.2. Formation
 - 1.3. La production et la diffusion de connaissances
2. Présentation du poste accompagnatrice
3. Les similitudes entre accompagnatrice pair et médiation en santé

A quoi la médiation en santé est pertinente dans le programme PRACTS ?

INTRODUCTION

Je suis accompagnatrice paire au sein du programme [PRACTS] (Prevention Promotion de la Santé Mentale par des Activités collectives ances sur le territoire) à l'hôpital Ville Evrard depuis 3 mois

Ce programme « PRACTS », s'adresse à une population en situation de vulnérabilités sociale (castel1995) liée à une migration récente et des ruptures de réseaux de soutien social. L'équipe est composée de 7 ergothérapeutes et une accompagnatrice paire de (PRACTS) travaille en lien avec les acteurs trices de l'accès aux droits, à la santé, à la culture, au sport, à l'éducation, l'emploi, à l'hébergement et au logement¹.

La majorité des personnes accompagner sont en procédure des demandes d'asile d'une récente migration. Il est possible que les personnes accompagnées constatent un retard dans l'ouverture de leurs droits à la santé et ils ont besoin de recevoir des soins médicaux. Il y'a d'autre aussi déboutés de la demande d'asile que leurs droits d'accès à la santé sont supprimés, qu'ils n'ont pas encore l'AME, on prend rendez-vous pour (les participants) à la pass de ville Evrard pour eux, souvent ont les accompagnes à leur rendez-vous.

En effet je comprends parfaitement les difficultés d'accès aux droits à la santé, car j'ai moi-même vécu cette expérience. Arrivée en France en 2020, j'ai rencontré de nombreuses difficultés pour accéder aux soins de santé en raison de ma méconnaissance du système. Il m'a fallu plusieurs mois pour obtenir l'ouverture de mes droits à la santé. Indépendamment de la maîtrise de la langue française, il est clair que l'accompagnement est essentiel pour naviguer dans la complexité du système de santé

J'ai choisi de faire mon mémoire sur la pertinence de la médiation en santé dans le programme (PRACTS), car la médiation faisait partie intégrante de la pratique de mes collègues ergothérapeutes bien avant mon arriver dans l'équipe. Ce pendant la médiation en santé est pratiquée dans plusieurs différentes manière dans les hôpitaux à travers leur diffèrent programme.

La médiation en santé est d'aller vers les personnes éloigner du système de santé. Nous faisons d'aller vers, la prévention et promotion de la santé mentale, qui est une partie intégrante de la médiation en santé dans sa fonction de tout le jour. Le programme PRACTS a été créé en 2019 d'abord comme une expérimentation sous le nom de FASDA (Faciliter l'accès aux soins psychiatrique pour les demandeuses d'agile)

¹ Rapport du PRACTS 2024 Ana Marques

Récemment, une de mes collègues a pris rendez-vous pour une jeune femme au service de gynécologie à la pass de ville Evrard. Le jour du rendez-vous elle était accompagnée par notre équipe, ce qui était important pour elle car elle ne connaissait pas bien le système santé.

A travers mon poste d'accompagnatrice j'ai déjà eu des cas comme (prendre des rendez-vous, accompagner et faire d'orientation) à plusieurs fois, par exemple : J'ai orienté deux jeunes dames victimes de mariage forcée dans leur pays dans une association pour être accompagnées. Je suis déjà revenue à l'hôpital pour accompagner une dame pour une consultation prénatale car elle a eu de difficultés à cause de barrière de langue ils l'ont fait retourner plusieurs fois

Lors d'un atelier animé par deux collègues au CADA (centre d'accueil de demandeur d'asile) les femmes ont exprimé leur besoin de trouver un médecin traitant, comment prendre rendez-vous via des plateformes comme Doctolib. C'est pourquoi je choisis la pertinence de la médiation en santé dans le programme.

Lors d'une conversation avec une jeune femme (participante) elle m'a partagé les difficultés qu'elle a rencontrées pour accéder aux soins de santé. Elle a révélé avoir été victime de discrimination à l'hôpital en raison de son statut de femme noire enceinte sans couverture médicale

La médiation en santé a un rôle d'interface d'amener les personnes éloignées du soin vers le système de santé mais également d'amener les professionnels de santé vers les personnes éloignées du soin. Le/la médiateur. Ice en santé a donc un rôle de sensibilisation, la prévention et la promotion de la santé

Il est important de souligner que les personnes nouvellement arrivées en France rencontrent souvent des difficultés pour accéder aux soins de santé en raison de plusieurs facteurs clés : la méconnaissance du système de santé, sa complexité, les discriminations et les barrières linguistiques. Ces obstacles quotidiens ont des conséquences directes sur l'accès et aux soins et aux droits à la santé.

Ce mémoire s'appuie sur mon expérience personnelle et professionnelle, sur des témoignages recueillis auprès de mes collègues ainsi que sur des témoignages recueillis auprès des personnes elle-même.

En quoi la médiation en santé est-elle pertinente dans la prévention et la promotion de la santé mentale par des activités collectivisant es sur les territoires (PRACTS)

Pour bien comprendre de quoi on parle, il m'a semblé important de commencer par les définitions termes suivantes : la médiation en santé, la santé mentale et la vulnérabilité des personnes migrantes. Puis présenter le programme PRACTS : Activités équipe, programme et en troisième les similitudes entre accompagnatrices pair et la médiation en santé.

Définitions des termes suivantes

I.1 La médiation en santé : Selon la promotion 2025

La médiation en santé est un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des personnes éloignées du système de santé et 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

Le/la médiateurs/lce 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 promotion2025)

I.2. Promotion de la santé mentale

La Charte d'Ottawa :

<< La déclaration d'Alma -Ata de 1978 a été complétée par la charte par-là d'Ottawa, en date du 21 novembre 1986 portant sur la promotion de la santé. Elle a pour but de donner aux individus de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer. La santé mentale dans la charte d'Ottawa est considérée comme une ressource de la vie quotidienne et non pas comme le but de la vie. Il ne s'agit pas que les médecins et les systèmes de santé prennent le pouvoir dans la société, mais de la voir comme une ressource qui appartient à chacun. La santé est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociale et personnelles, sur les capacités physique et psychique. La santé exige de conditions de ressources préalables. Tant dans la réhabilitation psychosociale, on sait que l'insertion sociale contribue fortement à la santé :se loger accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressource, et avoir le droit à la justice sociale et à un traitement équitable. L'OMS est composée de 195 pays adhérents, dont les situations politique et sociale sont bien différentes. Dans bien des ceci n'existe pas ou partiellement.

I.3. La vulnérabilité des personnes migrantes

Cette partie précise la problématique en mettant en exergue les facteurs qui viennent influencer la qualité de vie , la santé et la santé mentale de personnes migrantes : conditions de vie difficile , violences subies (physique, sexuelle , politique),manque de sécurité et de lien sociaux , deuils et rupture ,découverte d'un territoire , de coutumes et de loi jusqu'alors inconnusAutant de déterminants à considérer dans la compréhension et la réponse à la souffrance psychique des personnes migrantes

Surpasser ces nombreux obstacles nécessite la possession de ressorts exceptionnels et l'acquisition de ressources cumulées à une détermination longue. En d'autres termes, les moins dotés en capitaux sociaux, économique et psychique disposent de peu d'espoir d'être entendus, considérés pour ce qu'ils ont vécu. Un paradoxe pour les défenseurs des conventions de Genève que cette évidence : les plus vulnérables, les plus écartés des procédures, les moins à même à franchir les barrières fortifiées de droit humains élémentaires. Surnuméraire , indésirables et invisibles, ils peinent à franchir les premières frontières et quand bien même ils y'arrivent , ils en payent davantage le prix fort , trompés par leurs compagnons de voyage , vendus comme <bête de somme> en Libye , laissés pour compte en mer Egée , promus en vain à une relocalisation , enfermés dehors dans un campement informel , détenus dans un des multiples lieux de détention que compte l'Europe ou encore trahis par leur mémoire post-traumatique durant leur audition²

En effet, aux violences vécues avant et pendant leur parcours migratoire, s'ajoute le contexte de grande précarité sociale du fait des conditions d'accueil en France, de la rupture des réseaux sociaux et privation d'activités professionnelles, culturelles, sociales, qui sont des facteurs produisant de la vulnérabilité physique, mentale et sociale

I.4.La prévention de santé mentale (article santé.fr publié le 05 :10 :2023)

Selon l'Organisation mondiale de la santé : Nous rappelle qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale. Être en bonne santé, c'est par conséquent être en bonne santé physique et mentale nous avons tous une santé mentale.

La santé mentale contribue donc à notre santé globale. L'Organisation mondiale de la santé précise qu'« une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté ». Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une société.

Comme pour la santé physique, il existe des moyens de prévention pour garder une bonne santé mentale. La prévention en santé mentale, s'entend au niveau individuel par la pratique ou l'adoption de comportements favorables à la santé mentale et au niveau collectif par un certain nombre de dispositifs de santé publique visant à agir sur les déterminants de la santé. Il s'agit de favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive

² Catherine Wihtol de Wenden et Martine Derange,(coord.)

In: Gérontologie de société, n139 décembre 2011, pp. 4-204

Pascale Jamouille et Manu Gonçalves

Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, septembre 2010,48p

C'est la réponse à ces enjeux que le ministère de la santé a mis en œuvre une série d'action au travers de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Cette stratégie s'articule en trois grands axes :

- Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repère précocement la souffrance psychique et prévenir de suicide
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychique et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique³

En effet j'ai commencé par la définition des termes pour mieux comprendre avec qui nous travaillons. Principalement nous travaillons avec les personnes en situation de vulnérabilités qui sont un parcours de migration récente, très souvent en procédure de demande d'asile ou encore des personnes en situation de fragilité, isolements. Pour que ces personnes puissent tisser de lien social avec d'autres participant pour sortir de leur isolement avec nos différentes activités.

II La pertinence de la médiation en santé dans le programme PRACTS

II.1.Présentation du PRACTS:

Résumé :

Les problématiques sociale et économique sont de plus en plus importantes depuis quelques décennies en France. Elles produisent de la vulnérabilité sociale (castel, 1995) à l'origine d'une importante restriction à l'engagement de certaines populations dans différentes activités quotidiennes. Il apparaît que l'ergothérapie a un rôle à jouer pour y répondre afin de faciliter l'accès aux droits aux activités significatives et signifiantes pour toutes. C'est dans ce contexte que le programme d'ergothérapie sociale PRACTS (Prévention et promotion de santé par des activités collectivisantes sur les territoires) a été créé. L'objectif de cette communication est de montrer qu'au travers du programme PRACTS, la transformation sociale est concrètement possible. La présentation s'organise en trois temps. Tout d'abord, elle porte sur « que faisons-nous ? » auprès des participantes en présentant l'ensemble de nos activités et mode de fonctionnement. Ensuite, nous décrivons « comment nous le faisons », en détaillant l'une de nos activités. Enfin, nous expliquons « pourquoi nous le faisons » en développant les notions de territoire et de collectif, afin de montrer comment se structure le référentiel théorico-méthodologique à la base de la construction d'une forme de transformation sociale, à la fois aux niveaux micro et macrosociale afin de faciliter accès des

³ Santé public France article publié sur santé.fr « 05/10/2023 »

participantes aux activités diversifiées, signifiantes et significatives, et à leur participation sociale^{4 5}

Introduction

Les problématiques sociales et économiques s'amplifient considérablement depuis quelques décennies en France. En quoi cela concerne-t-il l'ergothérapie ? Elles produisent de la vulnérabilité sociale (Castel,1995) à l'origine d'une importante restriction à l'engagement et groupes sociaux dans des quotidiennes diversifiées, significatives : la problématique migratoire (Huot et Rudman,2010), les sans-abrisme (Bezerra et al.,201), le racisme (Farias, Leite et Costa,2018), la LGBT-phobie (Braga et al.,2020, Morison et Al.,2023), parmi d'autre, sans compter l'intersection entre ces différentes problématiques (Balanta-cobo et al.,2022). Ces questions sont de plus en plus présentes dans la littérature et dans les colloques en ergothérapie sur le plan international (Bailliard et Dickie, 2022). Il apparait que l'ergothérapie a un rôle à jouer pour répondre à ces demandes sociétales afin de faciliter l'accès aux activités significatives et signifiantes et ainsi à la participation sociale⁶ pour toutes.

C'est dans ce contexte que le programme PRACTS a été créé. Il s'agit de l'un des premiers programmes d'ergothérapie sociale en France, intervenant auprès d'un public du fait des barrières sociales (et non sanitaires) à sa participation sociale. La présente communication a pour objectif de partager l'expérience du programme PRACTS dans la co-construction quotidienne de la transformation sociale, sur les plans micro et macro.

Le programme PRACTS a été créé en2019, d'abord comme une expérimentation sous le nom de FASDA (Faciliter l'accès aux soins pour les demandeuses d'asile), avec seulement un mi-temps d'ergothérapeute, un mi-temps de chargée d'étude et un mi-temps de conception et coordination. Il a été pérennisé et renforcé en 2021 (quatre mi-temps, d'ergothérapie et un temps plein de coordination) puis renforcé en 2022, grâce à un financement de l'Agence Régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France. Actuellement, l'équipe est composée de sept ergothérapeutes dont trois à temps plein et quatre a temps partiel, une accompagnatrice à temps plein, une secrétaire à temps partiel et d'une responsable d'unité à temps plein.

Ce programme, qui repose sur les référentiels théorico-méthodologiques de l'ergothérapie sociale de vulnérabilité sociale (Barrosetal., 2002 ; Lopes et Malfitano, 2021), s'adresse a une population en situation de vulnérabilité sociale du fait d'une migration récente et des ruptures des réseaux de soutien sociale. L'équipe travaille en lien avec les professionnelles de l'accès aux droits, à la santé, à la culture, au sport, l'éducation, à l'emploi, à l'hébergement et au logement, comme nous le verront dans la partie dédiée au partenariat. Le territoire d'intervention est la Seine-Saint-Denis, pouvant comprendre paris pour les activités.

⁴ Justine PIRONY Ergothérapeute D.E, EPS ville-Evrard,202, avenue Jean-Jaurès, 93330Neuilly-sur-Marne, j.pirony@epsve.fr

⁵ Ana MARQUES Ergothérapeute, PhD en sociologie, responsable de PRACTS ? EPS-vile-Évrard, 202, avenue Jean-Jaurès, 9330 Neuilly-sur-Marne, a.marques@epsve.fr

⁶ Pour une discussion de la participation sociale en ergothérapie, voir Silva et Oliver (2021)

Le travail de l'équipe articule étroitement trois axes : l'intervention auprès des participants et des partenaires, la formation et la production et diffusion de connaissance. Dans cet article, il sera question de présenter le premier de ces trois axes, en se concentrant sur l'intervention auprès des participantes à travers des activités collectivisantes sur les territoires.

La présentation s'organise en trois temps. Tout d'abord, elle portera sur « que faisons-nous » auprès des participantes, en présentant l'ensemble de nos activités et modes de fonctionnement. Ensuite, nous montrerons « comment le faisons-nous », en détaillant l'une de nos activités. Enfin, nous expliciterons quelques concepts étayant notre pratique, afin de préciser « pourquoi le faisons-nous » et de montrer comment se structure le référentiel théorico-méthodologique à la base de la construction d'une forme de transformation sociale.

1. Que faisons-nous ? : une vue panoramique de PRACTS

Nos actions s'articulent étroitement en trois axes : l'intervention, la formation et la production et diffusion de connaissances. Même si cet article se afin de mieux saisir leurs articulations.

1.1. La formation

L'axe formation comprend les cours en Instituts de formation en ergothérapie (IFE), l'accueil de stagiaires et l'accompagnement au mémoire de fin d'étude en ergothérapie. Nous enseignons dans sept IFE français⁷ et à chaque cours, les professionnelles sont accompagnées par des participantes du programme, en tant qu'enseignantes comme les ergothérapeutes, dans l'optique de reconnaissance des savoirs pluriels, académiques ou non. Les cinq modules enseignés reposent sur la méthodologie de Paulo Freire, qui implique un mouvement permanent entre pratique-théorie-pratique (interroger-discuter-transformer). Les cours sont ainsi à la fois un moment d'enseignement, d'intervention et de production et de diffusion de connaissances (Chauvet et al., à paraître). Cette partie de notre travail sera plus particulièrement détaillée par notre collègue n Uyen Nhi Pauline VO dans un atelier réalisé dans le cadre des 5 Assises nationales d'ergothérapie.

1.2. La production et la diffusion de connaissances

La production et diffusion de connaissance regroupe la lecture et présentation d'articles lors de notre réunion d'équipe hebdomadaire, les publications sur notre compte Instagram, l'écriture d'articles, la participation aux différents colloques ergothérapeutiques et pluriprofessionnels ainsi que leur organisation. Ainsi, pour l'année 2022-2023, nous avons par exemple participé au 5 Symposium international d'ergothérapie sociale (SITOS) au Brésil, organisé une journée d'étude « Regard croisé sur PRACTS : usagères, ergothérapeutes et partenaires » et participé aux travaux d'élaboration du 3 Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS3), organisés par l'ARS d'Ile-de-France. Cette partie de notre travail est plus particulièrement présentée par notre collègue

⁷ Il s'agit des IFE d'Alençon, de Bordeaux, de Clermont-Ferrand, de Créteil, de Meulan-les Mureaux, de Paris et de Toulouse

Arsinoé Bernard-Brunel, dans son poster dans le cadre des 5 assises nationales d'ergothérapie.

Intervention

L'axe intervention s'effectue auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale, auprès des partenaires, et enfin auprès des tutelles produisant des politiques publiques. La présente communication se limitera à l'intervention auprès des participantes, réalisée selon deux modalités : la première sous forme de « permanences dans des structures partenaires » et la seconde sous forme d'« activités sur le territoire »⁸

Les permanences se déroulent de façon hebdomadaire, ou deux ou trois ergothérapeutes sont présentes dans une structure sociale. Nous intervenons dans trois centres d'hébergement, deux de type hébergement d'urgence pour demandeuses d'asile (HUDA), accueillant chacun 180 personnes isolées, et un centre d'hébergement pour demandes d'asiles, et un centre d'hébergement pour demandeuses d'asile (CADA) accueillant une cinquantaine de familles. Nous intervenons également dans une maison de quartier, lieu qui propose des ateliers à destination la population du quartier, en lien avec les centres municipaux de santé (CMS) de la ville. Ces permanences sont l'occasion d'« aller-vers » les personnes là où elle se trouvent (Marques, 2018). Cela nous permet également de rencontrer d'autres professionnelles (travailleuses sociales, psychologues, médecins, médiatrices, etc.) qui travaillent dans ces structures, permettant ainsi de mieux articuler notre travail. C'est également le moment où ces professionnelles peuvent orienter des personnes vers PRACTS.

La deuxième modalité d'intervention est celle des activités organisées sur le territoire, qui peuvent être hebdomadaires (l'atelier musique, l'atelier théâtre, les sorties du jeudi, l'atelier réflexif) ou se réaliser en fonction des opportunités et désirs, comme les concerts, les représentations théâtrales, les pique-niques ou les repas partagés

Il est important de mentionner ici que nous sommes amenées à travailler en le soir et/ou le week-end lors d'une activité de concert ou de théâtre, par exemple, afin de faire comme tout le monde et d'y aller aux horaires où les gens vont habituellement au concert ou au théâtre, en sorte que les participantes puissent rencontrer d'autres personnes.

Ces différentes interventions sont le moyen de promouvoir, de favoriser et de soutenir : la participation sociale de personnes et de groupes sociaux à activités significatives et significatives ; la pluralisation de leurs rôles sociaux ; le savoir de l'expérience ; l'articulation et la coordination avec les actrices du territoire ; le développement des réseaux de soutiens sociaux ; des dynamiques collectives au sein des groupes de participantes. Afin de mieux comprendre comment ces objectifs sont travaillés au quotidien, nous détaillons ensuite l'exemple de l'activité « sortie du jeudi » en articulant ce que nous faisons, pourquoi et comment. Ces sorties se déroulent par exemple au musée de l'histoire de l'immigration, au

⁸ Une troisième modalité d'intervention auprès des participantes ne sera pas détaillée ici, celle des accompagnements individuels, qui sont également envisagés en tant qu'activité collectivisante (Lopes, 2021)

panthéon, à la patinoire, à la piscine, etc. 'important n'est pas seulement ce que l'on fait surtout comment nous le faisons et pourquoi.

Conclusion

Dans la présente communication, il s'agissait de montrer, par l'exemple des sorties du jeudi, comment la transformation sociale se construit au quotidien des activités proposées à PRACTS, petit à petit, à la fois sur les plans micro et macrosocial. La présentation en trois temps articule ce que nous faisons, comment et pourquoi nous le faisons, en partant de l'analyse de la réalité de notre pratique et du mode de vie des participantes dans un contexte donné, afin de tisser avec la théorie les nouvelles propositions de transformation de cette réalité.

En effet, choisir, organiser et réaliser ces visites change le quotidien des participantes dans la mesure où elles s'engagent dans des activités collectivisantes sur les territoires dans lesquelles le collectif se construit, s'élargit et se renforce progressivement tout comme leur territoire de référence. Le fait de rendre visible dans l'espace public la présence des personnes vivant en situation de vulnérabilité sociale peut permettre de changer le quotidien de ces personnes et de ces groupes sociaux, ainsi que la perception que les institutions et la société peuvent avoir d'elle, et leur permet de s'inscrire et de se sentir appartenir davantage à ces espaces publics. Ce contexte ainsi progressivement transformé facilite leur accès à des activités diversifiées et signifiantes et significatives, sur les territoires également diversifiés, facilitant ainsi leur participation sociale.

Témoignage de monsieur M. « J'ai connu PRACTS a travers mon cousin, qui fréquentait déjà depuis longtemps, il m'a dit vient je connais une association qui va te faire du bien, la première fois que je suis arrivé au PRACTS c'était un lundi l'atelier de musique. Avant de connaître PRACTS je me sentais isoler je n'avais personne avec qui parler, échanger et je ne sortais presque pas. Je passais mes journées enfermer dans maison sans sortir, j'avais beaucoup stress avec ma demande d'asile. PRACTS m'a fait du bien, aujourd'hui je me sens bien, j'ai tissé des liens d'amitié avec d'autre participant (j'ai des amis) je participe à l'atelier musique, la préparation de sortie et la sortie de jeudi, j'ai déjà assisté à un concert avec les professionnels et les participant. Maintenant je sors tout seul je connais le transport et lié a visité gratuitement, j'ai même regretté de ne pas connaître PRACTS avant car aujourd'hui je vais bien grâce à vous équipe, je vous dis merci »

Au PRACTS on travaillent beaucoup sur l'autonomisation des personnes et les collectifs. Ce pendant au PRACTS On travaillent sur l'autonomisation de participant, à leur laisser organiser entre eux de sortie ou d'aller aux concerts sans professionnel. Une personne organise la sortie il contacte les autres par le groupe WhatsApp. Ils donnent rendez-vous dans un lieu où ils vont se retrouver. L'inscription dans un collectif favorise l'accès à un étayage relationnel. Reposant sur le partage et la sécurité, le collectif aide à la reconstruction individuelle par sa capacité de soutien. En effet, le collectif soutien l'individu et dans une relation de réciprocité, l'individu construit le collectif par le biais de l'action collectif. Travailler à rompre l'isolement travers une intervention individuelle a un effet très limité.

II.2. Similitude entre l'accompagnatrice pair et de la médiation en santé

Je suis une femme soninké, malienne, musulmane, j'ai grandi dans une société où les traditions familiales et les attentes sociales priment sur tout et dès mon jeune âge, on attendait de moi que je suive ces traditions sans discuter (mariage forcé et mutilation génitale féminine « excision »). Mon histoire personnelle m'a permis d'accepter les différences. Les plus par de femmes accompagnées sont victimes de leurs sociétés. Ces femmes se voyaient en moi. Parfois certaines personnes sont curieuses et se questionnent : tu es là depuis combien de temps ? Comment a-t-elle trouvé ce travail ?

Mon expérience au service de la rencontre. Ma trajectoire personnelle est marquée par la migration, ma formation de médiatrice en santé. Je parle plusieurs langues de l'Afrique de l'ouest. Je suis sensible aux « codes culturels » des personnes de l'Afrique de l'ouest. Arriver dans un pays, sans attache, et aux violences vécues avant et pendant le parcours est une véritable épreuve « nous » avons besoin des réseaux (d'espace, d'échange, soutien social, des activités professionnelles, culturelles, admiratives) dans laquelle le fait d'être une personne migrante n'est pas un facteur d'exclusion

Mon objectif, en tant qu'accompagnatrice est maintenir une ambiance sécurisante pour que les personnes puissent parler sans avoir peur d'être jugées. Je suis à l'écoute de besoin : orienter, accompagner, soutien social. Parfois ma position d'accompagnatrice pair m'a permis de tisser le lien de confiance rapidement entre nous. Ainsi je peux également me positionner dans une démarche proactive lorsqu'une relation de confiance est établie avec les personnes. J'appuie sur mon parcours personnel et mes réseaux pour orienter ces femmes victimes de violences pour qu'elles puissent avoir un accompagnement complet. Sans l'accompagnement je ne serai pas là aujourd'hui car je suis passée par deux parcours, qui m'ont aidé, au début c'était très difficile pour moi j'ai été confrontée à l'isolement, vulnérabilité.

Je vous présente ci-dessous mon profil professionnel en tant qu'accompagnatrice pair, tel que décrit dans ma fiche de poste

Participer aux permanences d'une demi-journée par semaine, en binôme avec un ergothérapeute, dans des structures afin de rencontrer les participantes
Participer à des activités (culturelle, sportives, sociales...) en groupe ou individuelles, au sein de la structure ou à l'extérieur afin de promouvoir une dynamique collective et participative des personnes.

Echanger avec les équipes partenaires (information, sensibilisation, conseils) dans le respect de leur fonctionnement et du secret professionnel.

Contribuer à cartographier les structures et services pouvant être mis à disposition des participantes sur les territoires d'intervention

Participer à la diffusion du programme PRACTS (rédaction d'articles, colloques, organisation de journées d'étude, formation initiale ou continue, ou travaux de recherche)

Enregistrer des données liées à l'activité et traçabilité sur l'outil informatique

Participer à l'accueil des étudiant es en stage

Participer aux réunions institutionnelles, du pole, de l'équipe PRACTS, aux groupes de travail et au travail de réseau

Contribuer à la réflexion et aux actions de l'équipe et de participantes sur l'ensemble du programme et plus particulièrement sur la valorisation des savoirs de l'expérience.

II.3. A quoi la médiation en santé est pertinence dans le programme ?

En basant sur historique de la médiation en santé et si on part de la définition de médiation en santé du référentiel de la HAS⁹ : ayant émergé à la fin des années 90, la médiation en santé est un processus relationnel qui concourt à la réduction d'inégalités sociale de santé grâce à sa fonction d'interface entre populations vulnérables et acteurs du système et social. Elle s'adresse à des personnes en situation de vulnérabilité pour des motifs variés : précarité socio-économique, littératie migration, habitat

Objectif général : Lutter contre les inégalités sociales territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun : accompagner les populations vulnérables vers le système de prévention¹⁰ et de soins et faciliter leur intégration dans le parcours de santé. Ce pendant la notion de prévention est l'un des objectifs de la médiation en santé et favoriser les actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les professionnels de santé compétents éventuellement des associations. Ce pourquoi la médiation en santé est déjà intégrée dans le programme du PRACTS, avec des initiatives telle que « Allez-vers » la prises des rendez-vous, l'accompagnement et l'orientation. En outre, nous mettons également l'accent beaucoup sur la prévention pour éviter que les personnes isole socialement ne développent des problèmes de santé mentale à travers des atelier collectifs et de sortie sur le territoire

En effet, aux violences vécues avant et pendant leur parcours migratoire, s'ajoute le contexte de grande précarité sociale du fait des conditions d'accueil en France, de la rupture de réseaux de soutien sociale et de privation d'activités professionnelle, culturelle, sociale, qui sont des facteurs produisant de la vulnérabilité physique, mentale et sociale qui doivent être pris en compte avant qu'elles ne se traduisent en maladie mentale (Petrouchine et al.,2018). Si certaines de ces personnes ont un réel besoin de soin psychiatrique, la grande majorité à seulement un besoin d'accompagnement social, qui passe par des activités collectivisant es pour permettre une meilleure intégration sur le territoire et une meilleure participation sociale, impactant favorablement leur santé de vulnérabilité cités antérieurement.

Cette logique de prévention, particulièrement en santé mentale, est au premier plan du plan régional de santé, notamment avec l'idée d « élargir les préoccupations largement au-delà de la seule approche par pathologie [en incluant] le cadre et la qualité de vie » (PRS IDF,2023, p.35) ainsi que de la mise en avant de l'approche

⁹ Haut Autorité de la santé -La médiation en santé pour les personnes éloignée des système de préventions et de soin, octobre 2017

¹⁰ Hauts autorités de la santé octobre 2017

territoriale (PRS IDF, 2023 p.37). C'est dans ce contexte que s'inscrit le programme PRACTS, qui propose des activités significatives et collectivisant es sur les territoires afin de construire, étayer t élargir les réseaux de soutien sociaux des personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment du fait d'une migration récente et des conditions de leur accueil.

Conclusion :

Je découvre la médiation en santé par la médiatrice en santé du parcours de 1000 pas (service infectieuse et tropicale) de Dr olivier BOUCHAUD à l'hôpital Avicenne. Cela m'a permis d'avoir un accompagnement et une orientation dans mon parcours migratoire. Mon stage a été très riche et dense avec une médiatrice expérimentée passionnée par son métier de la médiation. Au PRACTS je travaille avec les ergothérapeutes qui n'ont pas le statut de la médiatrice en santé mais elles en exercent les missions au quotidien s'évertuent à maintenir une posture irréprochable dans toutes les situations et sont attachées au bien-fondé de leur fonction. Il m'est dès lors apparu que le rôle et les responsabilités de la médiation en santé en font un métier indispensable et épanouissant. Maintenant que je suis diplômée en médiatrice en santé je vais renforcer mon travail d'accompagnement orientations car cette formation m'a permis de développer mon réseau professionnel avec d'autres médiateurs et médiatrices de la promotion et les intervenants aussi. En outre cette formation et stages associés m'ont permis de mieux comprendre le public avec lequel nous travaillons, ce qui est essentiel pour une médiatrice. Même si mon parcours personnel m'avait déjà donné une certaine perspective, cette expérience a été précieuse pour affiner ma compréhension des besoins et réalités de ce public. Cependant, ce mémoire m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le programme PRACTS, ce qui constitue un aspect essentiel de mon travail et réfléchir véritablement mon rôle médiateur pair. La posture du/de la médiateur. ice s'inscrit dans le counseling¹¹ et notamment l'écoute active, c'est-à-dire éveil/authenticité (le message verbale, message corporel, message émotionnel), dans l'écoute active, il s'agit d'écouter l'autre et soi-même. Cependant, dans mon rôle d'accompagnatrice, j'ai réalisé que j'avais tendance à basculer dans la compassion plutôt que dans l'empathie. Aujourd'hui grâce au cours sur counseling j'arrive à faire l'empathie, c'est-à-dire de comprendre que ma vie ne rencontrera jamais celle de mes patients. Dans ce contexte l'accompagnement des publics fragiles et vulnérables est rendu chaque jour plus en plus difficile par la réduction des moyens humains et financiers dans le social.

La santé est un droit humain, et l'accès à la santé pour tous doit être adaptée aux besoins spécifiques. La multiplication des postes de médiation en santé à l'hôpital serait un levier considérable pour flexibiliser cette institution trop rigide et promouvoir un « universalisme proportionné » qui s'adapte aux personnes les plus précaires.

¹¹ Cours de Stéphanie Estève-terre sur la posture. DU de médiation en santé. Université Paris 13. 2025. Les principes du counseling sont : l'écoute active, l'empathie, la suspension de jugement, l'acceptation et la congruence

BIBLIOGRAPHIE

- Balanta-Cobo,P., Fransen-Jaïbl, H.,Gonzalez, M., Henny, E., Malfitano, A. P. S., et pollard, N. (2022). Human and social rights and occupational therapy: the need for intersectional perspective, Brazillian journal of occupational therapy, 30, e30202203. Retrieved from <https://www.cadernosdeterapla-ocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3354>
- Bailliard A. & Dickie V. (2022) JOS Special Issue: Thing people do: Toward a com-prehensive understanding of humain occupations, Journal of Occupational
- Barros D., Maria Isabel Garcez Ghiradi, & Roseli Esquerdo Lopes. (2005). Social occupeational therapy, A socia-historical perpective. In Occupational
- Therapy without borders-Learning from the spirit of survivors (vol. 1, p. 140,151). Elsevier Churchill Livingstone
- Bezerra, W. C.daS., Javarrotti, E. S., Melo,J.V. de M., Calheiros, P.F.F., &silva, R.G.I.B. da. (2015). The everyday life of the homeless: disruptions, sociabilities, wishes and possibilities of occupational therapy intervention. Brazilian jounal of occupational therapy, 23(2), 335-346.
- of Brazilian democracy and the everyday life o dissident people in genders and sexualities: reflections from social occupational therapy. Cadernos brasileiros de terapia ocupacional, 28(2), 693-704.
- Castel. (1995). Le métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat. Fayard.
- Chauvet R, Guigon L, Vo U. N. P. & Marques A. (à paraitre). When users teach social occupational therapy: teaching action as a support for interventions. In: Pollard N, Malfitano A. P. S. Kantartzis S. & Sakellariou D., Occupational Therapy without Borders,
- Farias, M. N. ; Leite Jr, J. D. ; Costa, I. R. B. B. (2018). Occupational Therapy and black population: possibilities for confrontation of racism and racial inequality Revista Interrinstitucional Brasileira de Terapia Ocupaciomal-REVISBRATO. V. 2, p. 228-243
- Lopes, R. E. & Malfitano, A.P.S. (2021). Social occupational therapy: Theoretical and practical designs. Elsevier.
- Lopes Esquerdo, & Malfitano, A. P. S. (2020). Resources and technologies in social occupational therapy: Actions with poor urban youth. In social Occupational Therapy-Theoretical Designs 169-181.
- Marques A. (2018). Ne pas << aller-vers>> ceux qui ne demande rien ? Rhizome,68, 14-15. <https://doi.org/10.3917/rhiz.068.0014>
- Santos, M. (1981). Structure, totalité, temps. L'espace du monde d'aujourd'hui. Espace-temps, 12,103-122.

Marianne A. Habiter en Exil

In : Hommes & Migrations, n° 1323, octobre-décembre 2018, p.55-66

Jean-Claude M. La migration comme métaphore. Le voile et linceul

Paris, La Dispute, 2018 (3 édition)

Monographie : Disponible au centre de documentation

Antoine R., [dir.] Les Effets de l'exil

In : mémoire, n° 72, avril 2018, 20 P.

Xavier B. L'expérience de l'exil au travers du regroupement familial. Mythes, procédures et déracinement. Louvain-la-Neuve, Academia, 2017, 132P

Thierry B. & Marie Rose M. [coord.], Être Mineur Isolé Etranger

Saskia Von Overbeck O. & Marion F., [coord.], Traumas D'enfance

In: l'autre, vol 16, n° 47? 2015, pp. 127-171

Marie-Françoise D., Exclusion et Santé Mentale : L'œuf et Poule. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, septembre 2015, 32 P.

Pascale J. Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration. Paris, Edition la découverte, 2013, 283P.

Baudouin M., [et al], Migrant(e)s Ages : Bien vieillir et Mourir ici

Justine PIRONY & Ana MARQUES, Transformations sociales et environnementales
P. 29-43

Catherine Wihtol de Wenden et Martine Derange, (coord.)

In: Gérontologie de société, n°139 décembre 2011, pp. 4-204

Pascale Jamoulle et Manu Gonçalves

Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, septembre 2010, 48p

Haut Autorité de la Santé octobre 2017

