

3^e édition

AFRAMED

VIH / HÉPATITES

CASABLANCA

du 27 | sept
au 29 | 2019



La place de la médiation en santé dans le VIH et les hépatites ***La figure du médiateur-pair***

O. Gross, PhD (LEPS, EA3412)

- I- Contexte de l'émergence de la médiation en santé
- II- Fondements de l'émergence des médiateurs-pairs
- III- Les spécificités de la formation des médiateurs-pairs
- IV- L'intégration des MSP

I- Contexte

Accès à la santé des populations éloignées des soins et des droits

Obstacles individuels dans l'accès aux droits : faible niveau éducatif; analphabétisme; précarité, phobie administrative ...

Obstacles individuels dans l'accès aux soins : méconnaissance des structures de soins, manque de maîtrise de la langue du pays; précarité ; auto-stigmatisation; faible littératie en santé, manque d'adéquation entre les soins proposés et les représentations du malade sur sa maladie, priorité donnée aux médecines traditionnelles.

Obstacles provoqués par le système de soins : complexité des organisations, ressources éloignées, manque de personnel, interventions inadaptées à des contextes socioculturels, pas de connexion avec certaines communautés.

Inégalités sociales de recours aux dépistages, aux soins et aux droits

I- Contexte

La médiation en santé

Recours à la médiation pour aller-vers les populations éloignées des soins et des droits (minorités ethniques, migrants, populations nomades, stigmatisées...)

⇒ Aller-vers; actions mobiles dans les lieux de vie et de passage

⇒ Prévention, dépistage, éducation et accompagnement vers les soins et les droits

⇒ Dans une visée autonomisante et intersticielle : interroge les métiers traditionnels mais ne les remet pas en question

II- Le médiateur-pair en santé

La figure du « médiateur-pair » : UN ACTEUR DE PREMIÈRE LIGNE **QUI UN VÉCU COMMUN** AVEC LA POPULATION CIBLE ET DONT LE RÔLE EST D'AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

- Fondé sur le retournement du stigmaté (Fédération des acteurs de la solidarité, 2018)
- Mobilise leur pouvoir émulateur basé sur la légitimité de « celui qui est passé par là » (Gross, Gagnayre, 2017)
- Intervient de manière culturellement compatible.

II- Le Médiateur-pair en santé

L'exemple du VIH et hépatites virales

Actions vers les personnes

- Réduire le nombre de contamination
- Dépistage (y compris des co-morbidités)
- Accompagnement après l'annonce
- Visites au chevet du patient hospitalisé (sur sollicitation des médecins)
- Actions éducatives (ETP)
- Accompagnements physiques aux guichets ou aux soins
- Développement des liens sociaux des personnes isolées

Actions vers les professionnels de santé, les institutions

- Organiser le parcours de soins du patient
- Défendre les intérêts des usagers
- Faciliter la reconnaissance d'autrui dans sa culture et ses difficultés de chaque jour (ASAV, 2012)

Il pourvoit aux limites des associations communautaires :

- dévoilement / maladies vécues comme stigmatisantes ;
- les difficultés à transformer les ressources en santé ou améliorer leur accès

II- Le médiateur-pair en santé

Les savoir-être visés

LE PARADIGME DE LA CONFIANCE (de la population-concernée et d'une équipe de soins)

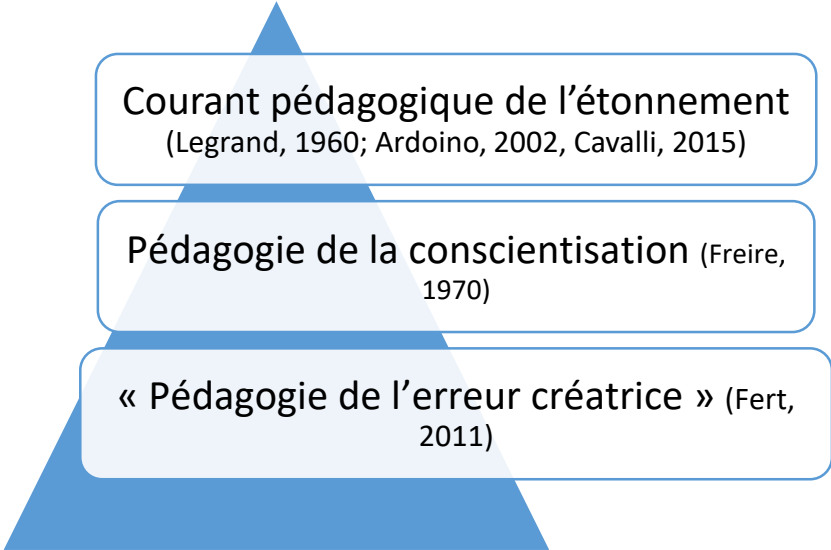
1) **Savoir-être des médiateurs pairs**

- **PROXIMITÉ (émotionnelle et géographique):** A connu des trajectoires similaires, a la même maladie ou est de la même origine culturelle. Proximité dévoilée. Posture de la bonne proximité. Là où sont les personnes ;
- **ADAPTABILITÉ :** les MP sont amenés à inventer leur mode d'intervention en situation de travail ; contrairement au suivi institutionnel, ce n'est pas à la personne prise en soins de s'adapter ; travail à partir de l'histoire d'autrui;
- **RÉACTIVITÉ :** rôle d'alerte.
- **ETHIQUE DE L'INTERSTICE :** le MP n'est pas un soignant, ni un interprète, ni un éducateur, ni assistant social ; le travail du médiateur s'inscrit au sein d'une équipe : il travaille en articulation, en concertation et en complémentarité avec les autres professionnels. Son objectif principal, c'est qu'on n'ait finalement plus besoin de lui.

2) **Un savoir-faire :** le bilinguisme. Conjuguer la défense d'intérêt de la personne avec les normes avec usages des soignants 3) **La question de leur formation/** acteurs associatifs

III- Former des médiateurs-pairs

Passer des expériences aux savoirs sur l'expérience

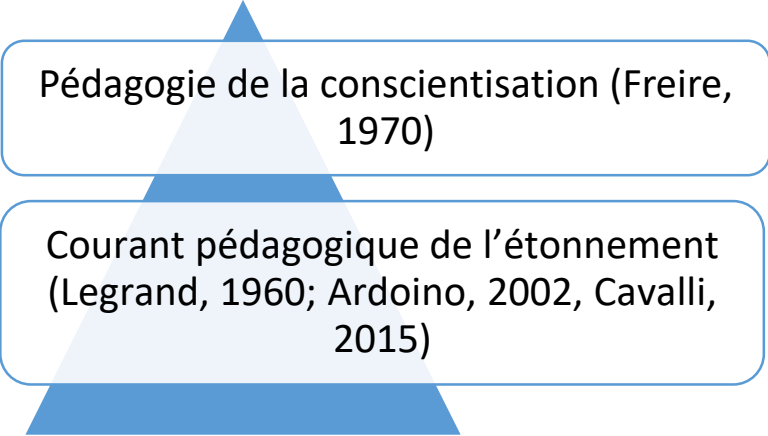


Courant pédagogique de l'étonnement
(Legrand, 1960; Ardoino, 2002, Cavalli, 2015)

Pédagogie de la conscientisation (Freire,
1970)

« Pédagogie de l'erreur créatrice » (Fert,
2011)

Mobiliser ses savoirs expérientiels au service de la subjectivation d'autrui



Pédagogie de la conscientisation (Freire,
1970)

Courant pédagogique de l'étonnement
(Legrand, 1960; Ardoino, 2002, Cavalli,
2015)

III- Former des médiateurs-pairs

S'engager dans cette fonction : courant pédagogique de l'engagement : « désigne un mode d'existence dans et par lequel l'individu est impliqué activement dans le cours du monde, s'éprouve responsable de ce qui arrive, ouvre un avenir à l'action »
(Encyclopaedia Universalis)

Former à l'esprit critique : mettre en doute les idées reçues, travailler sur ses erreurs, apprendre à argumenter en considérant le point de vue de l'autre (de Vecchi, 2016)

Travailler en équipe

=> une déontologie d'équipe

=> les principes de coopération (Henri, Lundgren-Cayrol; 2001)

=> une pédagogie de l'interstice (Tessier, 2012)

=> Former les professionnels de santé

IV- Intégrer des médiateurs-pairs

L'exemple de la santé mentale

Structures hospitalières (n= 13/19)

- Réticences à l'arrivée : oui = 6/13
- Intégration jugée très satisfaisante (9/13)
- Apports jugés utiles (13/13)

« Apporte un regard meta »

« Sa participation permet de confronter les regards sur les prises en charge »

« Apporte une nouvelle dynamique »

« A permis une remise en question des pratiques professionnelles et leur élargissement »

Structures médico-sociales (15/15)

- Intégration jugée très satisfaisante
- Satisfaction unanime des professionnels
- Satisfaction importante des usagers

« Renforcent les postures empathiques »

« Renforcent la confiance entre les professionnels et les personnes accompagnées »

« Valident des approches pratiquées par les professionnels »

« Apportent de nouveaux points de vue lors des réunions »

« Dynamisent des ateliers »

Conclusion

Dans le cas du Maroc, comme dans de nombreux autres pays, malgré les efforts fournis il faut en faire davantage pour que les services anti-VIH atteignent les populations clés (ONUSIDA, 2018).

L'atteinte de ces populations convoque une mise en lien entre des besoins et des ressources => entreprises de médiation.

Pour que ce que l'on nomme « médiations » en soient vraiment, il faut des acteurs en lien avec les professionnels de santé mais hors système :

⇒ les médiateurs-pairs (bilinguisme ; savoir-faire de la proximité ; capacité « d'aller-vers » et d'alerter les PDS sur les adaptations nécessaires).