

Médiation et promotion de la santé : réflexions

*Marianne Prévost,
sociologue en
service Espace
promotion santé
– Qualité à la
Fédération des
maisons médicales.*

.....
*La médiation peut-elle soutenir la
qualité, soutenir les processus de
promotion de santé dans le secteur
des maisons médicales, et à quelles
conditions ?*
.....

Une posture acrobatique

Promouvoir la santé, ce n'est pas naviguer sur un long fleuve tranquille : il faut savoir ramer, garder le cap et être capable par tous les temps, de prendre la « posture médiatrice » - la plus acrobatique, comme le savent tous les amateurs de yoga. En effet, comme le dit très clairement la charte d'Ottawa en 1986 : « *Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont (...) particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé (...)* ».

Cette responsabilité est en fait colossale : parce que la plupart des facteurs défavorables à la santé sont d'origine humaine et que, loin d'être le fait du hasard, ils résultent de logiques économiques, politiques, sociales, très puissantes et profondément intriquées.

Certains fauteurs de troubles, comme l'industrie du tabac ont une mine franchement patibulaire, qu'on aimerait bien, soyons francs, coller au mur. D'autres – les industries et les avions par exemple - font du mal (la pollution) tout en faisant du bien (assurer la production et la mobilité). Il y a encore ceux qui nuisent sans être guidés par l'intention de nuire (les « marchands de sommeil »...) : ils ne savent tout simplement pas comment se faire une bonne omelette sans casser vos œufs – et ils préfèrent manger leur omelette que préserver vos œufs, c'est vilain mais c'est humain.

Tout cela est encore plus compliqué si l'on reconnaît que beaucoup de facteurs défavorables ont des côtés très agréables : la cigarette, justement, ou la voiture, ou les gâteaux, les voyages en avion, l'alcool, la sédentarité... Bref, soulever la population dans une lutte solidaire et unanime contre les facteurs de risque est impossible : parce qu'il y aurait des dizaines de factions défendant avec ardeur les avantages que leur procure ce qui fâche les autres.

Mots clefs : médiation, qualité, droit à la santé, communication, relation soignant-soigné.



parapluie ou porte-voix ?

Et le ministère de la Santé ? Ne peut-il supprimer d'autorité tout ce qui est nuisible à la santé ? Difficile en démocratie (et la dictature n'est pas vraiment bonne pour la santé, paraît-il). En outre, vu la multiplicité des facteurs défavorables à la santé, il est face à d'autres pouvoirs publics, d'autres secteurs, d'autres niveaux de compétence, dont les priorités peuvent aller à l'encontre de la santé publique, tout en étant parfaitement légitimes : bien des choses expliquent sa frilosité.

C'est face à ces réalités que l'Organisation mondiale de la santé clame, depuis 1986 et même avant¹, l'absolue nécessité de développer des stratégies visant à agir sur les déterminants de la santé, en amont des problèmes : vision largement partagée par de nombreux milieux scientifiques et académiques, ainsi que par les acteurs de terrain, surtout ceux de première ligne qui voient tous les jours l'impact des contextes de vie sur la santé.

La promotion de la santé, amenant une vision très globale et positive de la santé est apparue comme un nouveau paradigme. Pourtant, l'idée de base n'est pas neuve : « Il faut tout un village pour qu'un enfant grandisse » dit un proverbe africain. Et, depuis les pratiques traditionnelles jusqu'aux hygiénistes du XIX^{ème} siècle, en passant par Hippocrate, Avicenne, la médecine chinoise et bien d'autres, de nombreuses cultures savent que « prévenir vaut mieux que guérir » : quels que soient leur efficacité et leurs fondements, force est de constater que les mesures prophylactiques abondent depuis la nuit des temps.

On sait aujourd'hui que près de 60% de la morbidité en Europe pourraient être évités si l'on s'attaquait sérieusement à sept facteurs de risque (hypertension, tabagisme, abus d'alcool, hypercholestérolémie, surpoids, faible consommation de fruits et de légumes, manque d'activité physique). Il en va de même pour les accidents de la route, problème mondial qui n'a diminué que dans les pays ayant pris des mesures efficaces dans un ensemble de domaines². Toutes les études

montrent aussi, de manière imparable, que ces facteurs de risque sont eux-mêmes liés aux contextes de vie : ce qui explique les inégalités sociales face à la santé, ainsi que leur croissance à mesure qu'augmentent la pauvreté et la précarité.

Ces évidences n'ont cependant pas, jusqu'ici, révolutionné les politiques de santé : les moyens financiers consacrés aux déterminants de la santé sont, dans tous les pays du monde, d'une désolante parcimonie, face à ceux dévolus au secteur curatif. Or, « le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : *Gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias (...)* »³.

La médiation : au cœur de la promotion de la santé

La charte d'Ottawa propose cinq domaines d'action : l'élaboration de politiques publiques pour la santé, la création d'environnements favorables, l'action communautaire, le développement d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Dans chacun de ces domaines, il s'agit de réunir des personnes, des institutions qui ont des visions et des intérêts différents voire divergents ; et d'utiliser, dans un savant dosage, le plaidoyer (pour convaincre), la médiation (pour apporter un regard tiers permettant de cheminer vers des choix communs), le rapport de force (quand le fauteur de troubles a une mine patibulaire).

La nécessité d'une posture médiatrice peut facilement être illustrée à travers quelques exemples familiers aux acteurs de terrain : que faire d'un terrain vague dans un projet communautaire de réaménagement d'un quartier ? Un terrain de foot pour les jeunes ?

1. *Réflexion déjà ouverte par la Déclaration d'Alma Ata en 1978.*

2. « *Prévention des traumatismes, une priorité mondiale* », Etienne Krug, Santé conjugée n° 65 juillet 2013.

3. *Charte d'Ottawa.*

Mais les voisins craignent le bruit, les parents souhaitent un espace de jeu pour les petits, d'autres habitants préfèrent un potager... Ou encore, comment faire d'une entreprise, d'une école, un lieu favorable à la santé? Il s'agit ici d'examiner l'espace, les installations sanitaires, les règlements, mais aussi les rythmes de travail, les relations hiérarchiques, les temps de pause ou de récréation, la reconnaissance mutuelle, les espaces physiques et symboliques de convivialité... Dans un cas comme dans l'autre, il faudra beaucoup d'échanges pour trouver une manière acceptable d'accorder les violons; ce qui implique que certains, professionnels ou non, jouent un rôle de facilitateur, de tiers capable de soutenir la recherche de pistes adoucissant les divergences au profit du bien commun.

Certaines situations nécessitent des dispositifs particulièrement complexes, bien décrits par Patrick Jadoulle au sujet d'une pollution industrielle qui atteignit des taux préoccupants en 2006 dans la région de Charleroi: «*tous les acteurs concernés ont travaillé ensemble, dans un objectif commun. Cela a permis d'aborder le problème sous différentes facettes. (...) La structure mise en place, très élaborée, a permis d'articuler les différentes places – dont certaines étaient en tension*»⁴. Le dispositif ambitieux mis en place dans ce cas d'école a notamment, amené les entreprises concernées à faire des investissements pour diminuer la pollution à la source. Le soutien politique a été un aspect déterminant dans ce processus : il s'est construit dans une *task force* réunissant différents cabinets – Santé et Action sociale ainsi qu'Environnement en Région wallonne, Santé en Communauté française.

Médiation en maison médicale : un espace de questionnements

La «réorientation des services de santé» est le domaine qui se relie le plus à la question de la médiation telle qu'elle est abordée dans ce dossier. Il s'agit, selon la charte d'Ottawa,

de réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; de les amener à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est fondamental, avec la population elle-même: «*Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité*».

La relation entre patients et soignants est donc un des aspects de cette réorientation des services de santé. A la base, la reconnaissance d'un «patient» sujet, acteur – une personne qui ne se résume pas à sa maladie et doit être considérée dans sa globalité. Mais bien sûr, prendre en compte «la totalité des besoins» est une utopie : ces besoins ne sont pas toujours visibles, exprimés, il n'est pas toujours possible d'y apporter une réponse. Et s'il y a une demande, celle-ci peut être ambivalente, difficilement compréhensible; ou encore, il arrive que la réponse donnée se heurte à des représentations, des convictions qui ne sont pas forcément dites, ni peut-être même conscientes. En outre, les coutumes, les codes et les règles du service de santé peuvent constituer des barrières à l'insu de l'équipe, tout en lui apparaissant légitimes et nécessaires.

Une réponse (partielle) à ce type de problèmes s'est mise en place dans certains hôpitaux, où des «médiateurs culturels» viennent faciliter le dialogue entre professionnels et patients; un autre dispositif est celui des interprètes du Service de traduction et d'interprétariat en milieu social Bruxellois - SETIS, régulièrement sollicités par des soignants de maisons médicales. Certains de ces interprètes vont parfois, selon ceux qui les utilisent, plus loin que leur fonction première, prenant une place de véritables «passeurs culturels».

Dans le même sens, on peut évoquer la «co-consultation» mise en place depuis très longtemps par un planning familial à Bruxelles de manière systématique pour les demandes d'intervention volontaire de

4. «*Améliorer les conditions de vie : une action politique et intersectorielle*», interview de Patrick Jadoulle, Santé conjuguee n° 49, juillet 2009.



parapluie ou porte-voix ?

grossesse : la première demande est reçue par une accueillante formée, appartenant à la même culture que la patiente et présente au moment de l'intervention. Si, au départ, il s'agissait surtout de traduire, le rôle de ces accueillantes est, lui aussi, devenu celui d'un « passeur culturel » venant compléter l'écoute du médecin.

Ces professionnels ne sont pas nommés « médiateurs » ; mais en fait, ils exercent bien une fonction médiatrice, plus ou moins grande selon les cas, et de toutes façons ils occupent une place de tiers. Est-il utile de préciser que ces pratiques sont sans cesse remises au travail, posant de multiples questions quant à la neutralité de cette position, l'accordage avec la place des soignants...

En dehors de ces dispositifs centrés sur les différences culturelles, la médiation peut aussi intervenir suite à un conflit avec n'importe quel patient, voire une plainte ; c'est ce qui a motivé le dispositif des médiateurs hospitaliers, en phase avec la loi sur les droits du patient. La neutralité de ces médiateurs, leur capacité réelle à respecter les différents points de vue exprimés est bien sûr à questionner, ce qui se fait au sein même de la profession (nous n'aborderons pas ce point ici).

L'absence de médiateurs proches, facilement accessibles au niveau des soignants de première ligne a suscité réflexions et recherches dans certaines maisons médicales. Aux yeux de certaines, et à l'issue d'une expérience menée à Liège, il semblerait utile de pouvoir mettre à disposition des patients un médiateur susceptible d'accompagner un cheminement en cas de malaise, de malentendus voire de conflit.

Le contexte d'une maison médicale est bien entendu tout-à-fait différent de celui d'un hôpital, où les complexités liées aux besoins de coordination, à la technologie, à l'urgence, sont beaucoup plus élevées et plus difficiles à surmonter ; le patient n'est le plus souvent pas connu de longue date, et la prise en charge,

médicalement plus spécifique, ne répond pas aux critères de globalité, de continuité, d'intégration et d'accessibilité, primordiaux dans les soins de santé primaires.

Le modèle « maison médicale » est largement cohérent avec les visions de la promotion de la santé évoquées ci-dessus. Une maison médicale se veut proche de la population ; le patient y est considéré, en principe, comme un acteur, un sujet ; l'équipe pluridisciplinaire permet de soutenir une vision globale de la santé à travers des regards multiples. C'est, nous semble-t-il, à la lumière de ces principes que doivent être examinées les tensions - inévitables dans toute organisation humaine - qui peuvent se produire avec certains patients.

Un dispositif de médiation clairement annoncé peut être en soi promoteur de santé dans la mesure où il reconnaît au patient le droit de s'exprimer, de ne pas être d'accord, de faire valoir son point de vue - d'être un acteur susceptible d'amener quelque chose de neuf dans le système. Encore faut-il bien sûr que le dispositif mis en place soit clair, honnête, non manipulateur, et qu'il ne vise pas à étouffer une parole qui pourrait bousculer les habitudes et les susceptibilités.

Au-delà de la relation individuelle, le dispositif de médiation est promoteur de santé s'il est conçu comme un lieu d'ouverture, de réflexion. Que vient dire la tension, le malaise, quant au possible écart entre le projet « idéal » et sa mise en pratique ? L'urgence première est-elle d'ouvrir un espace de dialogue face à une situation précise, de trouver un accord ou une « porte de sortie » face à un patient insatisfait ? Ou de se demander si l'incident ne vient pas dire à l'équipe quelque chose qu'elle ignorait, qui dépasse ce patient-là et que d'autres vivent peut-être sans l'exprimer ? De (re)questionner le projet, ses valeurs, son fonctionnement ?

Enfin, il me semble important d'envisager la médiation comme une piste parmi d'autres : elle ne doit pas devenir le seul lieu où la parole des patients est écoutée - ce qui

pourrait, au pire, reléguer les autres lieux, les autres dispositifs existants ou imaginables : la consultation, mais aussi les comités de patients, les groupes de parole thématiques, les activités offrant des temps d'expression et de rencontres, les enquêtes de satisfaction, les moments de convivialité, les échanges avec d'autres acteurs rencontrant les patients, voire l'identification d'une personne facilitatrice au sein de l'équipe... sans compter, et c'est essentiel, la place faite dans l'équipe à la parole des accueillants, qui sont les mieux placés pour observer beaucoup de situations peu visibles par les autres membres de l'équipe. ●

