

# La médiation en sante. Genèse, définitions et théories à partir de la littérature francophone

**YOROU Barkissou**

*Doctorante à*

*l'Ecole Doctorale des Sciences Agronomiques*

*et de l'Eau*

*Université de Parakou, Bénin*

*ybarkissou@gmail.com*

**SAMBIENI N'koué Emmanuel**

*Enseignant-chercheur*

*Maître de Conférences du CAMES*

*Université de Parakou, Bénin.*

*esambieni@yahoo.fr*

C  
O  
L  
L  
E  
C  
T  
I  
O  
N

P  
L  
U  
R  
A  
X  
E  
S  
/  
M  
O  
N  
D  
E

## Résumé

*La médiation est évoquée de plus en plus dans tous les domaines d'activité humaine. Spécifiquement dans le domaine de la santé, ses pratiques sont diverses. Si elle est bien connue et répandue dans les pays occidentaux, elle peine à se développer en Afrique. Le présent article qui est issu de la revue de littérature d'une thèse portant sur les expériences institutionnelles et techniques de la médiation en santé au Bénin, présente une synthèse des écrits à partir de la littérature francophone. Son objectif est de retracer la trajectoire institutionnelle, politique et technique de la médiation en santé depuis son apparition jusqu'à nos jours. Il met l'accent sur sa définition et ses différents registres pratiques. Pour y arriver, une recherche documentaire a été faite dans le web scientifique. A partir de plusieurs combinaisons de mots clés pertinents en fonction de l'objectif de la recherche, plusieurs bases de données ont été explorées. A l'issue de cette investigation, plusieurs articles ont été identifiés, triés, lus et exploités suivant les paramètres voulus. Il en ressort que la médiation en santé comme la médiation en général est « plurielle » et s'inscrit dans trois grands registres.*

*Mots clés : Médiation, Médiation en santé, sida, associations de patients.*

## Abstract

*Mediation is mentioned more and more in all areas of activity. Specific to the field of health, its practices are diverse. Although it is well known and widespread in Western countries, it is struggling to develop in Africa. This article, which comes from the literature review of a thesis on the institutional and technical experiences of health mediation in Benin, presents a synthesis of the writings from the French-speaking literature. Its objective is to trace the institutional, political and technical trajectory*

*of health mediation from its appearance to the present day. It emphasizes its definition and its various practical registers. To achieve this, a documentary search was made in the scientific web. From several combinations of relevant keywords depending on the objective of the search, several databases were explored. At the end of this investigation, several articles were identified, sorted, read and exploited according to the desired parameters. It emerges that health mediation, like mediation in general, is “plural” and falls into three main registers.*

*Keywords: Mediation, health mediation, AIDS, patient associations.*

---

## **Introduction**

La médiation est de plus en plus évoquée de nos jours. Elle est traditionnellement qualifiée de mode de gestion de conflits alternatif au traitement juridique des litiges. Ces vingt dernières années, son essor est rapide et ses domaines d'intervention multiples : familial, commercial, administratif, politique, carcéral, etc. (Currat, 2023). Il existe aussi la médiation pénale ou civile, la médiation scolaire (Dethier & Dubois, 2017), celle de l'entreprise, sans oublier les médiateurs sociaux (Bonafé-Schmitt 1992). On parle aussi des médiateurs interculturels (Giacobi et al., 2020), des médiateurs en santé (Gerbier-Aublanc- 2020 ; Maisonneuve, 2017; Lucas; 2009), des médiateurs pairs (Demailly, 2014) des médiateurs pairs-aidant (Durand, 2020) etc. Aucun domaine de la vie sociale ne semble échapper à ce phénomène, comme en témoignent les expériences de médiation dans les établissements scolaires pour prévenir les phénomènes de violence ou encore la mise en place de médiateurs dans les bibliothèques pour favoriser à la fois une meilleure diffusion de la culture et gérer les conflits liés aux fonctionnements de ces institutions (Costil & Garden, 1996). Pour (Tapia, 2010), La notion de médiation est à la mode depuis le début des années 1980, et les pratiques qui lui correspondent se sont diversifiées et ont proliféré en France sans interruption jusqu'à aujourd'hui, répondant sans doute à des besoins individuels et collectifs. Mais il existe un flou autour de ce concept (Dionou & Simon 2017, Bonafé-Schmitt, 1997) entraînant une diversification de ces pratiques. D'ailleurs, il est un concept pluriel, renfermant à la fois des lieux, des objets, des acteurs, ce qui provoque des confusions conceptuelles entre les activités de médiation liées à la gestion des conflits et plus largement les problèmes de communication (Bonafé-Schmitt, 1997). La médiation sanitaire ou

médiation en santé qui fait l'objet de notre investigation a hérité de cette pluralité de pratiques. Les auteurs s'accordent sur le fait que c'est l'un des nouveaux métiers qui a émergé en Europe ces dernières années car plusieurs intitulés d'emplois reffermant la médiation en général et celle en santé sont identifiés ((Bonafé-Schmitt, 1997 ; Six, 1995). Malheureusement, ce nouveau métier est dépourvu de référentiel et chaque promoteur l'adapte aux besoins. Dès lors, plusieurs définitions et plusieurs pratiques émergent. Dans cette logique, au Bénin, pour aider les personnes vivant avec le VIH sida à adhérer massivement aux soins, des personnes appelées médiateurs sont recrutées et placées sur les sites de prise en charge des PVVIH. Après plus de vingt ans, ces acteurs ont acquis un savoir-faire en la matière. Notre thèse intitulée : expériences techniques et institutionnelles de la médiation en santé au Bénin. Exemple des ONG et des associations de patients des personnes vivant avec le VIH sida a pour principal objectif de faire un état des lieux de la médiation en santé au Bénin en analysant cette expérience acquise. Le présent article est issu de la revue de littérature afférent à cette thèse. Il présente une synthèse des écrits sur la médiation générale et la médiation en santé en particulier en mettant l'accent sur la médiation comme l'éducation par les pairs qui est peu documentée dans notre contexte africain. L'article est structuré en trois grandes parties : la genèse de la médiation, de la médiation sociale à celle de santé et les axes ou registres actuels de la médiation en santé.

## 1. Méthode de recherche et d'analyse des données

Pour atteindre l'objectif, une recherche documentaire a été faite dans le web scientifique. A partir d'une combinaison de mots clés pertinents pour l'étude tel que « médiation santé », « médiation hospitalière », « participation communautaire santé », « professionnalisation médiation », « médiateur-pair », etc. plusieurs bases de données ont été explorées. Il s'agit de Google Scholar, Isidore ; HAL, cairn info, sciencedirect, weboscience, etc. Après avoir recensé des écrits, un tri a été fait par ordre de pertinence selon l'objectif de la recherche. La lecture et l'analyse de ces textes nous donnent les résultats suivants.

## 2. Genèse et développement de la médiation en général

« On serait tenté de dire que dans les années soixante-dix, ce fut le règne des « animateurs » et depuis les années quatre-vingt, on serait passé à celui des « médiateurs » (Bonafé-schmitt, 1997)

Issue de médiare qui signifie être au milieu ou s'interposer, la médiation signifie étymologiquement servir d'intermédiaire, d'arbitre et de conciliateur. Son apparition s'explique par la logique actuelle de refus du chaos qui régit la société, refus exprimé par l'évitement, la fuite ou la banalisation du désordre qui dit-elle, nous prive dramatiquement des fruits qu'il nous offre (Morineau, 2001). La médiation actuelle est issue d'une réflexion qui a évolué dans le temps donnant lieu à des pratiques diverses. Parlant de son origine, plusieurs auteurs ont souligné qu'elle est aussi vieille que le monde (Giné, 2016; Mirimanoff ). Partout et à toutes les époques, on peut trouver des exemples et pratiques ancestrales illustrant la médiation. Dans la tradition africaine, on a souvent recours aux aînés directs, aux voisins, aux leaders religieux (imams, prêtres, pasteurs, chefs féticheurs, chefs-clans, etc.) aux sages et notables en cas de conflit. Ce recours est un préalable au processus de règlement de conflit. D'ailleurs le règlement à l'amiable est préconisé, voire exigé avant tout recours judiciaire. Donc on peut affirmer avec Mirimanoff que la réapparition de la médiation en Europe est comme un phénomène de renaissance car elle est déjà présente dans nos racines. Elle serait même universelle car, elle existe en Afrique, en Asie, en Inde et bien dans d'autres contrées.

D'autres auteurs diront de la médiation qu'elle est pratiquée depuis la Grèce Antique, marquée par la philosophie de Platon (Blanc & Pelosse, 2010). Platon n'affirmait-il pas dans Les Lois (VI, 767) : « Il faut que ceux qui ont des griefs les uns contre les autres commencent à trouver leurs voisins, leurs amis, aussi bien que ceux qui sont au courant des actes sur lesquels porte la contestation et qu'ils aillent vers les tribunaux dans le cas seulement où d'aventure, on n'aura pas reçu de ces gens-là une décision qui règle convenablement le différend » ! En effet, les courants de pensée de ces années qui invitaient à méditer sur soi et sur la relation à autrui n'est-elle pas une amorce de la médiation ? Selon ces auteurs, l'autre étape fondatrice de la médiation est l'époque moderne, la génération des penseurs comme

J.J Rousseau, R. Descartes et autres philosophes. Ces penseurs du siècle des Lumières ont continué dans la même lancée en réaffirmant le potentiel de la responsabilité de l'individu et de sa capacité à prendre des décisions. Le processus de construction de la médiation va se poursuivre pour se traduire avec M. Weber, par la médiation de voisinage qu'incarne le maire, l'instituteur, le médecin... Pour ces auteurs, cette médiation qualifiée de traditionnelle supposait un médiateur qui associe trois sources de légitimité : la légitimité charismatique qui fait appel à l'autorité personnelle de l'individu, la légitimité traditionnelle qui est liée à la croyance spontanée dans le bien-fondé de l'ordre social institué et enfin celle légale-rationnelle. Cette dernière légitimité fait référence à l'expertise conférée par le statut juridique.

Une autre théorie sur l'origine de la médiation a été développée par Faget. Selon cet auteur, la médiation fut portée sur les fonts baptismaux par des mouvements protestants inspirés par la recherche d'un monde meilleur, les mennonites et les quakers, respectivement aux XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècles, ensuite par des militants de la non-violence voulant propager un message de tolérance et de compréhension et enfin par des juristes critiques « de gauche » dévoilant la nature idéologique des processus de domination que constituent le droit et le système judiciaire (Faget, 2010). Si les mouvements religieux et les partisans de la non-violence et autres acteurs sont à l'origine de sa naissance, son développement est expliqué par la crise de régulations. En effet, les complexités liées à la globalisation et à la modernité ne permettent plus de gérer la société par les structures statiques telles que les lois, les institutions, etc. qui garantissaient sa stabilité Faget, (2019). Il est alors nécessaire de trouver d'autres formes de régulations plus souples, d'où la médiation dont le champ n'a cessé d'évoluer. Pour (Luc Carton et al., 2000), l'émergence de la médiation peut être interprétée pour le meilleur et pour le pire. C'est d'un côté, le signe, le symptôme, la trace d'une destruction et d'une décomposition du monde de plus en plus dominé par l'économie, même dans le social, et dans le même temps, l'esquisse d'une recomposition différente des rapports sociaux. Par ailleurs, le « chacun pour soi », la complexité des démarches administratives des institutions qui s'aggravent encore plus avec la fin des accueils inconditionnels dans les services publics et une

dématérialisation à outrance, accroissent la précarité et l'exclusion, engendrent beaucoup d'incompréhensions et génèrent des situations conflictuelles qui nécessitent l'intervention d'un tiers extérieur professionnel (Giraud & Grésy, 2017). Elle promeut la réappropriation et la participation des protagonistes au processus de règlement de leur conflit. Par ailleurs, l'éthique de la médiation défend le principe d'une participation directe et d'une responsabilisation de chacun dans la résolution de ses propres conflits. Elle cultive donc un idéal de démocratie participative, lequel s'exprime pleinement dans le développement des médiations communautaires, sociales ou citoyennes mobilisant des médiateurs bénévoles pour réguler, en dehors des institutions, les conflits de la vie quotidienne qui détériorent le vivre ensemble. Le rappel de ces origines montre que l'essor des pratiques de médiation n'est pas seulement un choix contraint pour mettre de l'huile dans des rouages institutionnels rouillés. Elles sont aussi porteuses d'un projet de transformation politique qui s'exprime de plusieurs manières, mais dont la plus évidente est la promotion d'une démocratie participative (Faget, 2012).

### **3. De la médiation générale à la médiation en santé**

#### ***3-1. La médiation sociale***

Une première tentative de conceptualisation de la médiation est perceptible depuis 1681, dans l'ouvrage « De la médiation et des ambassadeurs médiateurs ». L'auteur, le diplomate hollandais Abraham Wicquefort, partant de son expérience, propose des éléments de déontologie toujours d'actualité. Il a insisté entre autres sur l'impartialité, la neutralité du médiateur, le caractère confidentiel des propos des parties en conflit, la différence d'avec d'autres concepts proches comme l'arbitrage, la conciliation, etc. La médiation en tant que discipline apparaît à la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Les auteurs s'accordent sur le fait qu'à sa naissance, elle était un moyen alternatif de règlement de conflit. Elle a été mobilisée pour faire face aux effets de la crise du travail sur autrui, en particulier dans le secteur de l'éducation et les établissements scolaires (Dubet, 2002), ainsi que dans celui de la santé et les hôpitaux (Faget, 2012). Son but était de trouver « un juste milieu » entre deux parties en conflit ; juste milieu émanant des deux

parties mais aidé par un tiers : le médiateur. Ce dernier, impartial, sans pouvoir décisionnel, organise des échanges entre les deux parties pour trouver une issue au conflit (Gaye Duparc, 2003). Le rôle du médiateur est donc d'accompagner la recherche de solution face à une crise quelconque. C'est dans cette optique que les Médiateurs de la République ont vu le jour afin de réguler les conflits entre administrations publiques et les organisations sociales et professionnelles. Cette forme de médiation, c'est-à-dire, processus de règlement de conflit, s'est illustrée dans la convention issue de la conférence de la Haye tenue en 1907 : l'article 2 du titre II stipule qu'en cas de dissentiment grave ou de conflit, avant d'en appeler aux armes, les puissances contractantes conviennent d'avoir recours [...] aux bons offices ou à la médiation d'une ou de plusieurs des puissances amies. Dans l'article 4, le rôle du médiateur est défini comme consistant à concilier les prétentions opposées et à apaiser les ressentiments qui peuvent s'être produits entre les Etats en conflit. La médiation apportait aux parties en conflit, les moyens de repenser la situation qui pose problème, d'y réfléchir et de chercher la meilleure des solutions possibles par eux-mêmes. Progressivement, la fonction sociale de la médiation fut développée par les auteurs. Car, d'une part, l'intervention de ce tiers, impartial et indépendant entraînait une amélioration des relations entre les personnes et/ou les institutions. Au-delà du processus de résolution de conflit, se trouvait la relation qu'on crée ou améliore. La médiation est alors ce processus de création et de recréation du lien social et de gestion d'incompréhension (prévention ou règlement) qui reposent sur l'autonomie des partenaires et dans lequel un tiers, impartial, indépendant et sans pouvoir de trancher : le médiateur, favorise par l'organisation d'entretiens confidentiels, le rétablissement de la communication ou la solution de l'incompréhension (Dionou, 2010). Cette définition de la médiation va au-delà du simple processus de règlement de conflit : c'est la médiation sociale. Elle partage avec la médiation générique, la gestion des conflits mais intègre non seulement les concepts de prévention et de résolution de conflit mais aussi ceux de la création ou de réparation du lien, gage de la consolidation du tissu social, (Guillaume-Hofnung, 2001). D'autre part, la médiation sociale est cette action qui s'opère entre des personnes et des institutions en dehors d'un cadre conflictuel. Est

reconnu médiateur, toute personne servant de pont ou d'intermédiaire entre deux groupes ou cultures, l'un désirant émettre un message et l'autre constituant un groupe-cible à atteindre. La médiation consiste donc à faciliter la communication ou à traduire des messages parce que le médiateur partage la langue ou la culture des personnes à atteindre (Haour-knipe et al., 1999). Il a pour rôle d'aider des personnes à comprendre ou à surmonter des difficultés administratives ou encore à faciliter la collaboration entre usagers et institutions d'un système. La médiation en santé s'est inspirée de cette dernière forme de médiation. Qu'appelle-t-on alors médiation en santé ?

### ***3-2 Origine de la médiation en santé en question***

Elle a vu le jour dans les pays occidentaux à partir des années 1990. A l'origine, il était question d'apporter des solutions aux difficultés que rencontraient des personnes en situation de vulnérabilité quant à la prévention et aux soins. Dans cette logique, à la fin de l'année 1990, en France, la Direction Générale de la Santé, avait encouragé et soutenu la mise en œuvre d'un programme pionnier de la médiation à travers un partenariat avec l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA) à la faculté de médecine de Bichat à Paris pendant près de sept ans (Revault & Delaquaize, 2022). Afin de favoriser la participation et l'autonomisation des personnes vulnérables dans les soins et la prévention, trois dynamiques ont été développées : d'abord, faciliter et clarifier les communications et postures interculturelles, puis inclure des personnes en situation de vulnérabilité et subissant des discriminations dans des structures de santé professionnelles, enfin la transformer les relations de pouvoir entre soignants et soignés. Cette médiation, nouvelle, était inspirée de l'expérience de la médiation judiciaire. Elle consistait, à travers la formation et l'échange avec les médiatrices et les médiateurs, à préciser le contour et la spécificité de la médiation en santé (Revault, 2017). En effet, la maladie n'est pas seulement un fait médical ; elle révèle souvent des problèmes familiaux et sociaux. Par ailleurs, les relations au sein des établissements de soins sont complexes. Des tensions naissent par exemple, de la coexistence de deux hiérarchies parfois rivales, celle des soignants et celle des administratifs. Aussi, les incompréhensions d'origine sociale et culturelle entre les soignants et les patients engendrent des conflits qui peuvent devenir des



contentieux devant les juridictions judiciaires et administratives. Pour cela, la médiation comprise comme processus de communication éthique, est préconisée pour apporter un élément de réponse au paradoxe d'un système de soins de plus en plus performant mais qui engendre une grande insatisfaction (Guillaume-Hofnung, 2019). Ceci s'est traduit par le fait qu'en Belgique francophone par exemple, la plupart des hôpitaux se sont dotés d'un « médiateur interculturel » depuis les années 2000, à cause des difficultés que rencontrent les patients d'une autre culture (migrants, minorités, réfugiés, etc). Ces patients étrangers rencontrent des difficultés de langues, rendant plus difficile le diagnostic et l'explication des traitements. Aussi, ils vivent des erreurs de communication et d'interprétation, le stress, etc. Dans ce contexte précis, le médiateur qui est dorénavant un interprète connaît les deux cultures : celle du pays d'origine et celle du pays d'arrivée. Il a pour rôle d'optimiser la relation d'aide, le diagnostic et le traitement. A travers cette étude, les auteurs (Cornet et al., 2020) ont montré comment les politiques de gestion de la diversité contribuent à l'amélioration de la qualité des services et assurent l'égalité devant les soins. L'histoire de la France est presque identique à celle de la Belgique à propos de la médiation en santé. Elle a vu le jour suite aux difficultés que rencontraient les migrants ~~from~~ quant à l'accès aux soins. Entre autres difficultés rencontrées on a les difficultés d'accès à l'Assurance maladie, le manque d'information sur le système de santé, le manque d'éducation à la santé, la barrière de la langue, les ruptures de soins, ainsi que le manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes. Le médiateur joue un rôle d'interface temporaire entre le public ciblé et les acteurs de santé afin de permettre une compréhension réciproque, meilleure et durable, crée des liens entre ces deux parties et construit ainsi l'accès au système de santé de droit commun (Giné, 2016). On peut retenir que la médiation en santé est dérivée de la médiation sociale et son objectif est de promouvoir l'accès à la prévention et aux soins des populations vulnérables. La vulnérabilité s'exprimant ici par l'isolement géographique, familial ou social, les pratiques à risques, l'environnement juridique et sanitaire défavorable, la précarité, la méconnaissance du système de santé, les difficultés liées à la barrière de langue ou du numérique, etc (HAS, 2017). La médiation en santé était initialement conçue en faveur des personnes « vulnérables »

souvent des « étrangers ». L'autre caractéristique est qu'elle est portée d'abord par la société civile (associations, bénévoles, etc.) avant d'être récupérée par les pouvoirs publics. La troisième caractéristique est qu'elle est mise en œuvre à travers des partenariats expérimentaux dans un marché de financement.

## 4. Concept et axes de la médiation

### 4-1. Définitions de la médiation en santé

Il existe dans la littérature, une multitude de définitions de la médiation en santé. Pour la Haute Autorité de la Santé (HAS, 2017), la médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun, le recours à la prévention et aux soins, l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. « Aller vers » suppose un déplacement physique des médiateurs, quitter le cadre du système de santé pour une meilleure connaissance et une prise en compte des spécificités des personnes concernées. Le « faire avec » quant à lui suppose l'implication et la participation des personnes concernées dans le processus de leur accompagnement. Ceci entraîne leur autonomisation. Elle vise à faciliter d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables. D'autre part, elle cherche à sensibiliser les acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé. La médiation en santé s'adresse donc à un certain public et aussi aux professionnels de soins. Dans cette optique, le médiateur est une personne qui joue l'intermédiaire entre le système de santé et un public qui connaît des difficultés, afin d'aboutir à « un changement de représentations et de pratiques ». Pour (Gerbier-Aublanc, 2020), la médiation est l'un des nouveaux métiers qui a émergé en France au début des années 2000 afin de lutter contre les inégalités sociales de santé. Même si jusqu'en 2017, ce nouveau métier était dépourvu de référent professionnel, il vise d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations présentant divers facteurs de vulnérabilité les éloignant des systèmes de santé et, d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de

santé aux spécificités de ces populations et aux obstacles qu'elles rencontrent dans leur trajectoire de santé. La médiation a principalement émergé dans le champ des maladies chroniques (infections par le VIH et les hépatites, cancers, diabète, drépanocytose, hypertension artérielle, bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme, insuffisance rénale, santé mentale, etc.), mais son champ s'élargit de plus en plus et a touché récemment le terrain de la santé maternelle et infantile, de la santé sexuelle, etc. Pour ce travail, la médiation est définie à la suite de (Morineau, 2001), comme une interface de proximité visant, d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations présentant divers facteurs de vulnérabilité les éloignant des systèmes de santé et, d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé aux spécificités de ces populations et aux obstacles qu'elles rencontrent dans leurs trajectoires de santé. S'inspirant de la médiation sociale et culturelle, la médiation en santé se propose de développer l'écoute mutuelle des parties en présence et une transformation des représentations. Dans le domaine spécifique de la prise en charge des maladies chroniques dont le sida, elle est assurée par les membres des associations des personnes vivant avec le VIH sida et encadrés par des acteurs d'ONG pour susciter l'adhésion massive de cette catégorie de personnes aux soins.

#### ***4-2. Les axes de la médiation***

Il existe quatre principaux axes auxquels se rapportent les textes sélectionnés et lus. Il s'agit de l'axe des inégalités de santé. Ici, la médiation en santé est une réponse aux inégalités de santé ; elle ambitionne donc d'améliorer ces inégalités et par ricochet, la santé de quelques populations qualifiées de vulnérables. On a aussi la médiation en santé comme dispositif impliquant les personnes concernées par une pathologie à leur propre prise en charge. Sous plusieurs appellations, ces personnes font de la pair-éducation. Le troisième auquel se rapportent les écrits est celui de la régulation sociale. La médiation y est vue comme un procédé de règlement de conflits entre les différents acteurs du secteur sanitaire.

##### ***4-2-1. La médiation comme régulation sociale***

Lorsqu'on évoque la médiation, on pense automatiquement à un procédé de résolution de conflits. La médiation sociale s'en est

inspirée et est allée au-delà : son objectif est d'assurer une certaine continuité des relations sociales. Elle s'inscrit dans un contexte de crise des mécanismes de régulation sociale. En effet, de plus en plus, les lieux traditionnels de régulation, mais aussi de socialisation comme la famille, l'école, le quartier, la justice sont en crise. La médiation sociale traduit l'émergence d'un nouveau mode de régulation sociale, un nouveau modèle d'action régissant les rapports entre individus, mais aussi plus généralement les relations entre l'État et la société civile (Bonafé-Schmitt, 1992). Plusieurs auteurs pensent que la médiation en santé, fille de la médiation comme mode alternatif de règlement de conflit est toujours comprise comme telle. Pour (Lequet-Slama, 2001), elle accompagne le chaotique développement du droit des patients dans les pays européens, à la suite de la déclaration d'Amsterdam de 1994. La médiation en santé serait un instrument de gestion des conflits toujours plus nombreux liés aux accidents médicaux et aux litiges avec les assurances, et une réponse aux revendications des associations de défense des patients ou usagers. Son institutionnalisation au plan national comme au plan local a le plus souvent pour but d'éviter une judiciarisation des relations entre médecin et patient (Lucas, 2009). En France par exemple, les médiateurs nommés par les assurances maladie, les médiateurs indépendants délégués par les commissions régionales de conciliation ou les médiateurs des hôpitaux ont une fonction de conciliation et de règlement à l'amiable des différends (Guillaume-Hofnung, 2007). Pour ce qui est de l'hôpital, c'est un lieu de conflit par excellence. D'une part, les patients sont affectés par une maladie, ils sont dans une situation d'angoisse, d'anxiété et peuvent être exigeants et incompréhensifs. D'autre part, les professionnels de la santé regroupent un ensemble de métiers divers et de responsabilités différentes soumis à des pressions liées à la pratique médicale ou à l'institution hospitalière. En d'autres termes, cet univers complexe et changeant est animé, jour et nuit, par une multitude de professionnels et de personnes confrontées à la maladie, qui peuvent entrer en conflit (Lévy, 2023). En effet, il existe dans l'hôpital de nombreux motifs de conflit : ils peuvent être liés aux rôles, à l'imbrication des différentes fonctions et rôles (professionnels de soins, le personnel administratif, les collaborateurs extérieurs, etc.), à la personnalité des individus c'est-à-dire leurs capacités intellectuelles, culturelles, leurs

éducations, leurs sensibilités, etc. Par exemple, comme toute organisation, les établissements hospitaliers sont régis par des normes formelles et officielles comme l'organigramme, le règlement intérieur, le protocole de prise en charge, etc. Mais étant animés par des individus libres qui, tout en essayant de jouer leurs rôles ne font pas toujours recours aux documents de référence ou normes. Aussi, les patients ne maîtrisent pas toujours la culture de ces lieux ; ils ne connaissent pas ce qu'ils doivent faire et ce qu'ils ne doivent pas faire. Dans ces conditions, il arrive souvent des dysfonctionnements ou conflits. Une autre source de conflit à l'hôpital peut être le stress, la fatigue ou l'épuisement. Dans bien d'hôpitaux africains, le manque ou l'insuffisance du personnel fait qu'on assiste souvent à des longues files d'attente pour une consultation ou autre prestation. Cet état de chose agace aussi bien les professionnels que les patients qui peuvent ne plus contrôler leurs émotions ~~en~~ à un moment donné. Les médiateurs sont là pour gérer ces éventuels conflits afin d'optimiser la relation soignant-soigné. Ils ont pour rôle d'assurer la cohésion sociale tout en accompagnant les protagonistes dans la gestion de leurs conflits. On peut citer à ce titre la médiation interne dans certains hôpitaux dont le rôle est de régler les différends entre personnels de l'hôpital.

#### ***4-2-2. La médiation comme réponse aux inégalités de santé***

Le droit à la santé est un droit fondamental souvent garanti à tous par les gouvernants. Mais dans l'opérationnalisation naissent des inégalités de santé en termes de disponibilité et d'accès. Au niveau des jeunes par exemple, des problèmes de santé constituent dans certains cas, un obstacle à l'entrée ~~de~~ dans la vie active ou viennent souvent aggraver une situation déjà précaire. Ces questions de santé deviennent souvent problématiques du fait de la difficulté que ces derniers peuvent rencontrer pour les résoudre, compte tenu de leur méconnaissance de la protection sociale et des obstacles qu'ils rencontrent pour accéder à la prévention et aux soins (Blanc & Pelosse, 2010). De façon générale, les inégalités de santé peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : la position géographique, les conditions socio-économiques, la vulnérabilité liée à la chronicité d'une maladie, la migration, le cadre de vie, l'emploi, les conditions de travail, les facteurs environnementaux, etc. Ce sont autant de

déterminants des inégalités sociales. Par ailleurs, Les institutions sanitaires étant mises à l'épreuve des singularités des personnes accueillies, il importe d'adapter les services et autres dispositifs aux différentes singularités, dans un souci de « démocratie sanitaire ». Il s'agit ainsi de contrebalancer le pouvoir technocratique et médical en accordant de plus en plus de droits aux usagers et en réduisant les discriminations dans un cadre législatif qui le favorise de plus en plus. En France, les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, et celle n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ont inauguré la reconnaissance de la place des usagers dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (Les Cahiers de Rihizome, 2020). Cette médiation encore appelée médiation culturelle ou interculturelle consiste pour les hôpitaux à recruter des personnes qui servent d'intermédiaires entre les patients et les professionnels qui sont souvent éloignés par des barrières linguistiques, culturelles, géographiques, etc. Malheureusement les médiateurs interculturels sont taxés d'interprètes. Leur rôle est réduit à l'interprétariat.

#### ***4-2-3 La médiation comme méthodes, expertises et pratiques institutionnelles hospitalières***

##### **➤ Fait précurseur : l'empowerment des patients**

L'empowerment a fait son entrée en Europe notamment en France dans les années 2000 alors qu'il faisait déjà l'objet d'une littérature anglo-saxonne pléthorique depuis les années 1980. Intervenant dans plusieurs champs comme l'action sociale, l'éducation, le développement international, etc. le mot articule deux dimensions : celle du pouvoir qui constitue la racine du mot et celle du processus d'apprentissage pour y accéder (Bacqué & Biewener, 2013). Il désigne l'octroi davantage de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions auxquelles ils sont confrontés ou directement concernés. Empowerment signifie en termes clairs, prendre le pouvoir ou le contrôle d'une situation dans le sens de s'émanciper ou s'autonomiser. Il s'accompagne d'une autodétermination et sous-entend une certaine libération de la conscience. Les anglophones font souvent référence à ce terme pour qualifier le processus qui permet de (re)prendre le pouvoir sur sa propre vie, de développer ses aptitudes à progresser, à s'organiser, à

défendre ses droits, à s'émanciper d'une situation d'aliénation. Selon l'OMS, l'empowerment du patient est le moyen de donner aux personnes le contrôle de leur santé. A ce titre, l'empowerment est un phénomène précurseur de la médiation en santé parce que cette notion reconnaît la capacité et le droit des individus et des communautés à identifier leurs propres besoins en matière de santé, à faire leur propre choix et à prendre des mesures pour atteindre les buts qu'ils se sont fixés. Il s'oppose à l'ancien modèle selon lequel le spécialiste professionnel décide ce que le destinataire devrait savoir, inculque ses connaissances à des destinataires passifs et s'attend à ce que ces derniers soient "compliants"(Haour-knipe et al., 1999). Pour (Gracen & Jouet, 2012) l'autonomisation, traduction française de « empowerment » implique un changement de paradigme dans lequel l'utilisateur est impliqué « au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière ». Pour ces auteurs, les services de santé mentale surtout, doivent être configurés de manière à soutenir l'autonomisation du patient plutôt que de perpétuer son traditionnel rôle de patient. En effet, la déclaration de Alma-Ata en 1978 et la charte d'Ottawa ont jeté les bases des notions d'implication, d'information et d'éducation à la santé du patient. La déclaration d'Alma-Ata prône par exemple, les valeurs comme la justice sociale, le droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité, etc. On y promouvait un système de santé centré sur l'individu, avec perspective le droit de chacun au meilleur état de santé qu'il peut atteindre (Crismer, & al., 2016). Quant à la charte d'Ottawa, son objectif principal était la promotion de la santé. D'ailleurs, elle est désormais intitulée « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Promotion de la santé définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Deschamps dira qu'en d'autres termes, il s'agit de permettre à chacun et à chaque communauté d'exercer une vraie responsabilité sur les déterminants de sa santé, d'avoir le contrôle sur tout ce qui concerne la santé, (Deschamps, 2017). L'individu est désormais placé au cœur de son projet de soin. Les patients qui aspiraient à une autonomie vont saisir cette opportunité pour se faire une place dans le système de soins : d'assujettis, ils reviennent en tant que partenaires de soins. (Fayn et al., 2017) pensent que ce renversement trouve son origine dans une

dynamique portée par trois forces. La première est issue des personnes malades qui, individuellement et collectivement, aspirant à plus d'autonomie, revendiquent des relations plus équilibrées et exigent davantage de transparence et de participation. Dans le contexte Européen, les patients instruits, cherchent des informations complémentaires sur leurs maladies. Ils peuvent faire des recherches sur le net par exemple. La deuxième vient des législateurs soucieux de moderniser les services publics en application des principes de démocratie sanitaire qui prônent la participation de l'ensemble des acteurs du système sanitaire à la politique de santé. Ici, on peut citer les lois françaises du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale et celle du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces deux lois traitent des principes de la démocratie sanitaire, réaffirmés dans la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 qui engage la modernisation du système de santé et qui fait une place à la médiation. Elle contient trois axes dont le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité et le développement des droits de patients. Enfin, la dernière force est associée aux équipes soignantes qui conçoivent la relation de soins de manière plus participative, comme un temps de collaboration construit sur la durée plutôt que comme une simple consultation. Les professionnels étaient convaincus qu'associer le patient dans son projet de soins améliore sa compliance c'est-à-dire son respect du traitement et la qualité de son suivi. De même, encourager la participation du patient aux décisions qui le concernent l'amène à mieux vivre sa maladie au quotidien, à mieux utiliser les ressources du système de santé et in fine accroît sa satisfaction (Fayn & al., 2017). Autre fait précurseur à la médiation en santé reste la démocratie sanitaire. C'est une démarche défendant les droits et la participation des usagers du système de santé aux différentes étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation avec les autres acteurs, y compris les patients. Ces derniers en quête de participation et d'informations sur leur maladie vont se mettre ensemble pour former des associations. En participant aux soins aux côtés des professionnels, en cherchant les informations complémentaires pour nourrir leurs curiosités de mieux comprendre leurs maladies et traitements, les patients vont acquérir des savoir-faire qui seront à leur tour reconnus et intégrés dans le



système de soin. On parle de savoirs expérientiels. En effet, ces savoirs ont vu le jour dans le domaine de la santé dans les années 1980 et 1990. Les associations de malades du sida ont joué un rôle important dans cette promotion des savoirs expérientiels, en s'imposant comme productrices à part entière du savoir médical (Lochard & Simonet, 2009). L'expérience du malade le rend à la fois incontournable et différent. Grâce à elle, il sait ce que veut dire vivre avec la maladie et connaît mieux ses besoins, dictés par l'intimité qu'il a avec la maladie, qui peuvent être autres que ceux supposés par le médecin » (Rabeharisoa & Callon, 2002). Il était question pour ces associations de faire entendre leur voix, de faire valoir et considérer leur expérience quand il s'agit de leur maladie. L'importance accordée aux savoirs expérientiels dans le domaine de la santé résulte du constat de plus en plus partagé que le concept de santé change selon qu'il s'agit d'une « santé-je » vécue en première personne, ou d'une « santé-il », objectivée et scientifiquement opératoire (Hunyadi, 2010).

➤ **Médiation comme pratique institutionnelle hospitalière**

Elle a vu le jour à l'avènement des maladies chroniques. Ce sont des dispositifs avec des appellations diverses qui sont mis en place pour aider les patients des maladies chroniques, surtout en santé mentale, à surmonter les difficultés liées à leurs maladies. Ils visent aussi le rétablissement des personnes atteintes de ces pathologies (Les Cahiers de Rhizome, 2020). Qu'ils soient pairs-aidant, patients experts, médiateurs pairs, ou médiateurs, ils ont presque le même rôle : être entre le soignant et le soigné afin de favoriser les soins. La particularité de cette pratique est que l'intermédiaire est aussi porteur de la pathologie pour laquelle il aide ses pairs à s'en sortir.

Ces dispositifs sont d'origine anglo-saxonne expérimentés auprès des jeunes depuis les années 60. Il est ressorti des lectures que l'intervention active des patients dans le domaine général de la santé a démarré en Amérique du Nord avant de se diffuser en Europe. Les patients atteints de maladies chroniques ou de maladies orphelines développent une connaissance considérable sur leur pathologie dépassant parfois celle des médecins les prenant en charge (Moro-Sibilot et al., n.d.). Au fil des ans, l'OMS l'a reconnue comme une réponse valable à son objectif de renforcement de l'efficacité de la contribution des non-professionnels en matière de soins de santé

primaire. Ils ont été largement repris dans la prévention du sida. Cette prévention du sida a recouru au concept d'éducation par les pairs pour développer des projets destinés à des populations telles que les consommateurs de drogues, les migrants, les membres de minorités ethniques, les jeunes marginalisés ou les prostituées qui partagent la particularité d'être difficiles à atteindre par les canaux de communication habituellement mis en place. Bien que potentiellement plus exposés que la population générale en termes de prise de risques et devant de ce fait pouvoir bénéficier directement des efforts de prévention, ces groupes sont parfois peu consommateurs des services de soins existants et ne sont généralement pas ou peu représentés ni dans les programmes de prévention ni dans les enquêtes nationales. Il s'agit donc d'utiliser des personnes concernées pour offrir des conseils personnalisés (information de proximité) adaptés aux cultures des groupes et à l'hétérogénéité existant à l'intérieur des groupes et de mieux connaître les caractéristiques sociales et culturelles, les savoirs, les compétences et les besoins de populations sur lesquelles on dispose de peu d'informations (Haour-knipe et al., 1999).

## Conclusion

En somme, il existe une littérature abondante sur la médiation en général et celle en santé. Mais jusqu'ici, cette dernière n'a pas encore une définition unanime même si la Haute Autorité de la Santé française a établi un référentiel de formation et de bonnes pratiques. En effet, il existe une multitude de pratiques de la médiation en santé : médiateur en santé comme interprètes, médiateurs en santé comme facilitateurs pour guider les usagers d'un service public ou pour améliorer la relation entre ces derniers et les institutions à travers la communication ou le règlement des éventuels conflits, etc. Qu'il soit interprète ou non, le médiateur santé est une tierce personne indépendante ou se réclamant de l'une des parties, le plus souvent des usagers, qui joue l'intermédiaire entre les deux parties précédemment citées. De façon générale, à partir des textes lus, nous pouvons dire que la médiation en santé est préconisée pour une population dite vulnérable : personnes atteintes des maladies chroniques (le sida, le cancer, les maladies mentales, etc), les migrants, les minorités, les personnes éloignées des systèmes de soins, les personnes démunies,

etc. Son objectif est d'autonomiser ces personnes vulnérables afin de renforcer l'équité en santé et favoriser le retour vers le droit commun et le recours à la prévention et aux soins. Les textes lus nous permettent de classer la médiation en santé dans trois grands courants. Le premier défend la thèse selon laquelle le patient a saisi l'opportunité de démocratisation des soins pour revenir comme un partenaire dans son propre projet de soin. Le seconde traite de la médiation en santé comme une régulation sociale ; la médiation a pour objectif de régler les éventuels conflits entre différents acteurs du système de soins. Le troisième quant à lui, parle de la médiation en santé comme processus de réduction des inégalités de santé. A cet effet, il est à noter qu'un aspect est peu développé : la médiation en santé comme réponse aux insuffisances ou défaillance des services offerts par ceux qui sont considérés comme détenteurs de savoirs dans le domaine. Si on prend le cas typique du Sida, entre autres raison de l'instauration de la médiation dans le contexte du Bénin, se trouve le manque de temps des professionnels à consacrer aux PVVIH. Or, ces dernières agacées par l'introduction d'un virus dans leurs organismes ou une routine médicale ou encore la stigmatisation/discrimination, ont besoin d'être écoutées et soutenues. D'où la nécessité d'approfondir cet aspect. De même, il a été remarqué que la médiation santé se rapporte généralement à la gestion de certaines maladies chroniques telles que citées plus haut. On pourrait explorer la piste d'un médiateur exempt d'une quelconque maladie.

## Références bibliographiques

Bonafé-schmitt, J-P. (1992). La médiation : une alternative à la justice ? Ed. Syros-Alternatives, Paris

Bonafé-schmitt, J-P. (1997). Les médiations. Organisation et Communication.

<https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.1914>

Bacqué, M-H. & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation. Idées économiques et sociales, 3(173), p.25-32.

Blanc, G., & Pelosse, L. (2010). La médiation en santé: un outil pour l'accès à la santé? Rapport d'enquête. Fédération Rhône Alpes d'éducation pour la santé.

Cornet, A., Matamba, P., Tomat, C., Cornet, A., Matamba, P., & Tomat, C. (2020). Vingt ans de médiation interculturelle en milieu hospitalier : le temps de dresser un bilan To cite this version : *Management & Sciences Sociales, Humanisme & Gestion, 2020, Les Nouveaux Défis de La Diversité et de l'inclusion Au Travail, 29(29), 73–90.*

Costil, F. & Garden A. (1996). Une aventure et réussite menées à Lyon. Un bulletin d'information de l'association des bibliothécaires français, 170 (1), p. 77-79. DOI :<http://doi.org/10.4000/questions-de-communication.7552>

Crismer, A., Belche, J-L., Van Der Vennet, J.-L. (2016). Les soins de santé primaires, plus que les soins de première ligne. *Santé Publique*, 28(3), 375. <https://doi.org/10.3917/spub.163.0375>

Currat, T. (2023). Médiation hospitalière : la transparence et l'obstacle. *Hospitalités hospitalières*. P.84-93

Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue Du Travail*, 5. <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/nrt.1952>

Dethier, B. & Dubois, C. (2017). L'ambiguïté de la médiation. Le cas de la médiation scolaires. La médiation : littéralement et dans les sens, Bruxelles EME Editions.

Durand, B. (2020). Les origines de la pair-aidance. *Pratiques En Santé Mentale*, 3, P. 6-13.

Faget, J. (2012). Les mondes pluriels de la médiation. *Informations Sociales*, 170(2), 20–26. <https://doi.org/10.3917/inso.170.0020>

Fayn, M., des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches En Sciences de Gestion*, 2(119), 55–73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>

Gaye Duparc, N. (2003). *La médiation en santé : une place émergente dans la politique de lutte contre le VIH/sida en direction des migrants.*

Giacobi, C., Boznah, S., & Moro, M. R. (2020). Savoirs, pouvoirs et imagination de la médiation transculturelle. *AUTRE*, 1(21), 52–62.

Giraud, L., & Grésy, J.-E. (2017). Faire avec les personnes, et non à leur place. La médiation sociale, de l'expérimentation à la professionnalisation. *De Boeck Supérieur Négociations*, 28(2), 127–134. <https://doi.org/10.3917/neg.028.0127>

Greacen, T. & Jouet, E. (2012). Pour des usagers de la psychiatrie

acteurs de leur propre vie. Ramonville Saint Ange, éd. Erès.

Guillaume-Hofnung, M. (2019). Pourquoi la médiation dans le domaine de la santé est-elle nécessaire ? *Ethique, Juridique, Qualité Des Soins, 1*.

Haute Autorité de la Santé (HAS). (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de santé et de soins. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques.

Haour-knipe, M., Meystre-agustoni, G., Dubois-arber, F., & Kessler, D. (1999). Médiateurs et prévention du VIH/sida. *Raisons de Santé, 41*.

Levy, C. (2023) Médiation hospitalière : le pouvoir transformateur de l'écoute. *Hospitalités hospitalières*, P. 14h 24 .

Lucas, B. (2009). *La médiation pour promouvoir la santé. L ' exemple de la maladie d ' Alzheimer* La. 21(2), 109–123. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/038965ar> Aller

Magali, G. (2016). *Les enjeux de la médiation sanitaire auprès des Rroms en bidonville*. Paris Descartes.

Maisonneuve, C. (2017). Vers un nouveau métier, le médiateur en santé. *Actu Expert Social Santé Social, article 90*.

Morineau, J. (2001). L'Esprit de la médiation. Trajets, Ed Erès, p 82.

Moro-Sibilot, D., Levra Gaj, M., & Merle, R. (n.d.). *Le patient acteur de son traitement*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S/S1877>

Revault, P. (2017). Médiation en santé : des origines à de nouvelles perspectives ? *La santé en action*, 442 : 10-12 [www.santepubliquefrance.fr/docs/mediation-en-sante-des-origines-a-de-nouvelles-perspectives](http://www.santepubliquefrance.fr/docs/mediation-en-sante-des-origines-a-de-nouvelles-perspectives)

Revault, Pascal; Delaquaize, H. (2022). Co-construire la médiation en santé: entre engagement, savoirs expérientiels et retours critiques. *Anthropologie et Santé*, 30–35.

Tapia, C. (2010). La médiation: aspects théoriques et foisonnement de pratiques. *CONNEXIONS, 1*(93), 11–22. <https://doi.org/10.3917/cnx.093.0011>