



Rachel Merlet

Luc Apina

Dija Osmani

Santé mentale et médiation : Expérience partagée de soins en psychiatrie sur le haut Maroni

Auteurs : Rachel Merlet, Luc Apina, Dija Osmani

Résumé : la prévalence des suicides et tentatives de suicide des territoires de l'intérieur de la Guyane (Haut Maroni et l'Oyapock), accessibles uniquement par avion et par pirogue, témoigne d'un profond mal-être. Créée en 2009, l'association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER), soutient, développe et coordonne des actions de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé afin d'assurer le vivre mieux des habitants des villages amérindiens du haut Maroni et de l'Oyapock dans le respect de la culture et de l'identité. Elle s'inscrit dans une approche holistique et partenariale avec les habitants et les professionnels, notamment de la sphère médico-psychosociale. Depuis 2014, l'association ADER, le Centre Médico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) et les habitants questionnent un modèle de médiation en santé mentale permettant une pratique de soins en psychiatrie adaptée à un territoire et une population. Tous les mois, un médiateur d'ADER accompagne l'équipe du CMP (infirmiers et psychiatre) en pays amérindien sur le haut Maroni et est présent deux semaines par mois dans les villages. Ces déplacements sont ponctués de rencontres et d'échanges de savoirs et savoir-faire (analyses de pratiques, ateliers sur les représentations, etc). Dans le cadre de cette communication, nous reviendrons sur cette expérience partagée entre 2014 et 2017, sur le chemin parcouru, les changements positifs constatés et les difficultés rencontrées. Nous restituerons deux situations traitées en partenariat illustrant la particularité des prises en charge. Enfin, nous terminerons par quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques.

Mots clés : santé mentale, médiation, négociation socioculturelle, Amérindiens, haut Maroni, Guyane française.

Summary : the prevalence of suicides and attempted suicide in the interior of Guyana (upper Maroni and Oyapock), accessible only by plane and canoe, is a sign of deep malaise. Created in 2009, the association Actions for Development, Education and Research (ADER), supports, develops and coordinates actions to promote well-being, suicide prevention and access to health in order to ensure the better living of the inhabitants of the Amerindian villages of the upper Maroni and the Oyapock in the respect of the culture and the identity. It fits in a holistic and partnership approach with inhabitants and professionals, particularly in the medico-psycho-social sphere. Since 2014, the ADER association, the Medico-psychological Center (CMP) of the Hospital Center of West Guyanese (CHOG) and the inhabitants question a model of mediation in mental health allowing a practice of care in psychiatry adapted to a territory and a population. Every month, a mediator from ADER accompanies the CMP team (nurses and psychiatrist) in Amerindian country in upper Maroni and he presents two weeks per month in the villages. These trips are punctuated by meetings and exchanges of knowledge and know-how (practice analysis, representation workshops, etc.). As part of this communication, we will come back to this experience shared between 2014 and 2017, on the path traveled, the positive changes noted and difficulties encountered. We will return two situations treated in partnership illustrating the particularities of supported. Finally, we will conclude with some lessons and recommendations to rethink and transform practices, or even to inform future public policies.

Keywords : Mental Health, mediation, sociocultural negotiation, indigenous peoples (Amerindians), upper Maroni, French Guiana.

Rachel Merlet : Anthropologue, Coordinatrice territoriale, (ADER), Cayenne

Luc Apina : Médiateur, Association Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche (ADER), Cayenne-Maripasoula

Dija Osmani : Infirmière spécialisée en psychiatrie ISP santé mentale, Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG), Saint Laurent du Maroni



Avion en provenance de Saint Laurent du Maroni, sur le tarmac de l'aéroport de Maripasoula. Photo des auteurs

Introduction

La Guyane, département d'Outre Mer, a un secteur sanitaire basé sur un découpage des communautés de communes délimité en trois zones géographiques : l'Ouest, le Centre littoral et l'Est. Comme tous les départements français, la Guyane suit le principe de la sectorisation en psychiatrie posé en 1960. Cette sectorisation repose sur « des notions d'accessibilité et de continuité de soins. Elle vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients » (Piel & Roelandt, 2001 : 8). La prise en charge doit être au plus près de la population dans une logique de désinstitutionnalisation et ambulatoire dont le Centre Médico-Psychologie (CMP) est le pivot. Une équipe pluridisciplinaire étant chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention à la réinsertion (CREDES, 2003 : 20-23). En Guyane, l'Est et le Centre littoral sont pris en charge par le CMP du Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne et l'Ouest, par le CMP du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) de Saint Laurent.

La prévalence des suicides et tentatives de suicide dans les territoires de l'intérieur de la Guyane (Haut Maroni et Oya-pock), accessibles uniquement par avion et par pirogue, est

élevée et témoigne d'un profond mal-être. D'après l'observatoire du suicide¹ de l'association ADER², il y a eu entre 2009 et 2017 sur le haut Maroni : 16 suicides et 99 tentatives de suicide pour environ 1200 habitants³. Le mode léthal le plus fréquent est la corde et l'arme à feu (notamment chez les hommes) et touche autant les hommes que les femmes dont l'âge moyen est de 23 ans. Depuis 2011, des médiateurs d'ADER se rendent plusieurs fois par mois dans les villages amérindiens du haut Maroni. Ils accompagnent également, tous les deux à un mois une équipe médico-psychosociale du CHOG, composée de psychiatre et d'infirmier(s), dans les villages d'Antécume Pata et de Talhuen. Ces villages disposant d'un Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS)⁴. Ces équipes se stabilisent⁵ en 2014. Cela permet à chacun de mieux se connaître et des déplacements ponctués de rencontres et d'échanges de savoirs et savoir-faire (ateliers sur les représentations, analyses de pratiques, briefing et debriefing etc) entre les soignants du CHOG, les médiateurs d'ADER et dans une certaine mesure les habitants. Cette réciprocité permet d'engager une réflexion à la fois sur la place de la médiation « interculturelle » et de « l'action communautaire »⁶ en santé mentale, et sur la culture professionnelle commune. Elle permet une pratique de soins en psychiatrie adaptée à un territoire, à une population culturels spécifiques et à un turn over des professionnels important.

1. L'observatoire d'ADER répertorie les suicides et tentatives de suicide ayant eu lieu dans les villages amérindiens de Pidima, d'Antécume Pata, de Talhuen, de Twenke, d'Elahe, de Kayode, d'Aloïke et de Boussoussa et portés à sa connaissance par les médiateurs. A noter : les personnes ayant fait des tentatives de suicide ne sont pas, pour la grande majorité, passées par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) (simple sortie, mise en observation, Évacuation Sanitaire (EVASAN)).

2. Action pour le Développement, l'Éducation et la Recherche est une association loi 1901, créée en 2009. L'association soutient, développe et coordonne des actions de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé afin d'assurer le vivre mieux des habitants des villages amérindiens du haut Maroni et de l'Oya-pock dans le respect de la culture et de l'identité.

3. Cela représente huit villages (Pidima, Antécume Pata, Twenke, Talhuen, Kayodé, Elahé, Aloïke et Boussoussa) et « Kampou » amérindiens (Wayana et Teko) le long des fleuves Lawa Litani, Marouini et Tampok en amont de Maripasoula (Haut Maroni, commune de Maripasoula). Cf rapports annuels ADER, [en ligne] www.aderguyane.org.

4. Les déplacements se font en pirogue. Ils sont d'une durée de 2 à 4 heures suivant les villages et la saison (sèche ou des pluies).

5. Le turn over des professionnels est important en Guyane française et ne facilite pas l'expérience partagée, la collaboration, la co-construction sur la durée.

6. L'action communautaire se veut « une démarche éthique et démocratique qui place l'humain au cœur de l'action et comme priorité de tous ses objectifs, associant tous les acteurs à sa co-construction, en changeant les relations de domination en relations de négociation et de réciprocité » (Philippe Lefèvre, communication à l'Institut Théophraste Renaudot, 2008 tiré de la Fédération des maisons médicales and al. (Décembre 2013)).

Cet article revient sur cette expérience de médiation en santé partagée entre 2014 et 2017, le chemin parcouru, les changements positifs constatés et les difficultés rencontrées. Il aborde deux situations traitées en partenariat illustrant la particularité des prises en charge et de ce dispositif de médiation interculturelle en santé mentale. Enfin, il propose quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques.

Méthode

L'expérience dont il est ici question repose sur quatre postulats : une transformation des représentations socioculturelles en santé globale des acteurs (soignants, médiateurs et habitants (usagers/patients)) ; une expérimentation et une évaluation de nouvelles approches et pratiques en santé en situation d'interculturalité ; une réflexivité et une mise en commun structurée (protocole) de cette expérimentation ; un partage des savoirs et pouvoirs des soignants, médiateurs et habitants. Pour ce faire, quelques pré-requis : premièrement des médiateurs d'ADER originaires des villages, régulièrement en contact avec les habitants⁷ ; deuxièmement une entente partenariale tacite avec les autorités coutumières. ADER organise des réunions de travail une à deux fois par an avec les autorités coutumières et les agents de santé autochtones⁸ pour expliquer, informer et co-construire ensemble des projets. La co-construction est difficile et longue. Elle repose sur un apprentissage de l'altérité de l'ensemble des acteurs, en l'occurrence les soignants, les médiateurs et les habitants dont la vision du monde, les

rythmes, les temporalités, les priorités, autrement dit les façons de penser, de vivre et d'agir sont souvent très différentes et éloignées. Elle s'inscrit dans une démarche et une négociation interculturelle dont la médiation est en parti le garant ; troisièmement une convention partenariale⁹ entre ADER et le CHOG, définissant les rôles, les missions et les engagements de cette équipe pluridisciplinaire composée de médiateurs d'ADER issus des communautés et habitants de ce territoire, d'une psychiatre et d'une infirmière en santé mentale (CHOG). Cependant, la convention, comme le soulignent Piel & Roelandt, auteurs du rapport de mission « *De la Psychiatrie vers la santé mentale* » n'est pas suffisante : « *L'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions ou à un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre différents intervenants. Il faut surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes, donc que des formations transversales soient mises en place* » (2001 : 77). D'où l'intégration à cette équipe, d'une anthropologue, coordinatrice territoriale d'ADER et de cadres de santé du CHOG afin que les « *niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés* » et que l'équipe soit accompagnée et formée.

Cette équipe a suivi quatre ateliers sur les représentations socioculturelles en santé globale (Déconstruction des préjugés, rapport à l'altérité, etc) animés par la coordinatrice territoriale d'ADER. Deux ateliers ont été ouverts à d'autres partenaires du médico-sociaux et de l'éducation, présents sur le territoire du haut Maroni. De plus, des séances



Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS), village de Talhuen, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs.

7. Les médiateurs d'ADER (au nombre de 2 sur les déplacements dans les villages) sont présents deux semaines par mois dans les huit villages amérindiens et/ ou par téléphone (Boussoussa et Aloïke sont deux villages à 5 minutes en pirogue de Maripasoula). Ils informent les autorités coutumières puis les habitants de leur présence, orientent et accompagnent ceux qui le souhaitent vers les dispositifs d'accès aux droits et aux soins. Ils demandent toujours les avis des habitants et ne prennent jamais de décisions sans leur consentement libre et éclairé.

8. Ces réunions semestrielles permettent entre autre de soumettre des idées, des projets, d'expliquer, d'informer et d'avoir l'avis et l'aval des autorités coutumières. Ces dernières soutiennent la présence des médiateurs d'ADER dans les villages (voir les résultats de la recherche-action menée avec les autorités coutumières, agents de santé et jeunes autochtones entre 2014-2016 sur les représentations du suicide : les raisons du passage à l'acte suicidaire et les solutions de prévention), cf Merlet : 2016, [en ligne] www.aderguyane.org.

9. Cette convention écrite en mars 2013 a fait l'objet de plusieurs rencontres et d'un avenant le 24 avril 2015. Cet avenant établit les principales modalités de rencontres et d'échanges d'information sur la confidentialité, le secret professionnel, la médiation, l'interculturalité et la santé mentale entre autre.



Tukusipian (carbet amérindien) dans le village de Talhuen, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs.

mensuelles d'analyse de pratiques, ont été conjointement animées, sur les situations difficiles portées par les médiateurs d'ADER, la psychiatre et l'infirmière ; un briefing et un débriefing mensuels ont été planifiés à chaque déplacement dans les villages (objectifs et priorités, patients à voir, habitants à rencontrer, difficultés rencontrées, ajustements à faire, points à travailler). Enfin, il y a eu des réunions de travail semestrielles sur le dispositif (co-construction, pérennité) avec les administrateurs des deux structures. En effet, il importe, comme le souligne Piel & Roelandt, « d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs, des expériences » (2001 : 65-73). L'approche doit être de type horizontal, a-hiérarchique, interprofessionnel, transdisciplinaire et transversal. Elle doit permettre à des professionnels qui ont peu l'habitude de travailler ensemble ou qui ne se connaissent pas, de mieux se connaître, d'échanger leurs savoirs, savoir-faire, réflexions, interrogations et expériences sans crainte d'être jugés. Le tout dans une démarche d'intervention en réseau qui soit à la fois locale et régionale (Pissarro, 2004 : 49-56).

Résultats

Les deux situations suivantes sont présentées par l'infirmière en santé mentale¹⁰. Elles ont été traitées en partenariat et illustrent la particularité des prises en charges sur ce territoire du haut Maroni. La première situation aborde le passage à l'acte suicidaire et la deuxième traite des crises de jeunes amérindiens âgés de 10 à 18 ans survenues en 2016.

Les passages à l'acte suicidaire : transformation des représentations

« Je fais partie d'une équipe de cinq infirmiers, infirmières

du CMP de Saint Laurent du Maroni. Nous travaillons par référence en binôme avec un médecin psychiatre sur un secteur géographique déterminé. Nous intervenons dans les dispensaires des villages de Maripasoula, Papaïchton, Talhuen, Antécume Pata.

Dans le cadre de la prise en charge des patients sur le haut Maroni, cinq d'entre eux ont réalisé des tentatives de suicide. Les modalités de passage à l'acte sont : 4 par pendaison, 1 par arme à feu. Ces gestes suicidaires ont tous été réalisés sous l'emprise de l'alcool : trois d'entre eux ont été associés au cannabis « Kali ». Ils ont été perpétrés dans des contextes de disputes conjugales ou familiales. Au niveau du profil socio-démographique des suicidants, on remarque : leur ruralité, leur âge moyen (23/25 ans), leur statut professionnel (sans emploi), leur statut marital célibataire sans enfant et l'absence voire le peu d'antécédent psychiatrique connu.

Lors de l'entretien psychiatrique, qui a eu lieu entre une et trois semaines après l'acte suicidaire, la majorité d'entre eux a évoqué un sentiment d'inutilité, d'être une charge pour leur famille, étant persuadé que leur disparition réglerait leurs problèmes. Tous ont dit que c'est leur corps qu'ils auraient fait disparaître pas leur esprit. Le médecin n'a pas diagnostiqué de dépression caractérisée. Les autres n'avaient aucun souvenir de leur passage à l'acte suicidaire. Ils ont accepté un suivi médical et infirmier qui les ont amenés à « critiquer » leur geste, évitant une récurrence. A noter, la réticence des suicidants à faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique : la majorité ne bénéficiera donc d'aucun suivi ; or selon des études, 50 % des suicidants récidiveront.

Les liens renforcés avec les équipes des CDPS, médecins, infirmiers, nous ont permis de transmettre nos connaissances sur le repérage des signes cliniques de la crise suicidaire afin d'assurer la continuité des soins avec ces patients durant l'espace entre les missions. Ces espaces sont aussi investis par les médiateurs d'ADER assurant la continuité dans la prise en charge en entretenant le lien ».

L'infirmière note : « [...] la réticence des suicidants à faire l'objet d'une prise en charge psychiatrique : la majorité ne bénéficiera donc d'aucun suivi ». Cette situation soulève la question des représentations en santé et la manière dont les professionnels et habitants pensent, vivent et réagissent face notamment à une situation de passage à l'acte suicidaire. Elle est interrogée par ADER entre 2014-2016, dans le cadre d'une recherche-action participative et collaborative autochtone sur la crise suicidaire. Un groupe de travail composé d'autorités coutumières, d'agents de santé et de jeunes autochtones a identifié le ou les problèmes à la crise suicidaire, a déterminé les causes et les conséquences du mal être et a discuté et réfléchi aux solutions à développer et à mettre en place (Merlet, 2016).

Il y a également eu quatre séances sur les représentations socioculturelles à Maripasoula où les professionnels du

10. Restitution de Dija Osmani, infirmière ISP « santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.



En pirogue amérindienne dans la commune de Maripasoula. Photo des auteurs

médico-psychosocial et de l'éducation, en particulier l'infirmière, la psychiatre du CMP du CHOG et les médiateurs d'ADER, ont eu l'occasion de déconstruire leurs représentations, leurs fonctions et aborder l'altérité afin de mieux comprendre l'univers de l'autre (pratiques, us & coutumes, codes et valeurs culturels et professionnels) : « *Qu'est-ce que la psychiatrie ? Que vient-elle faire ici ?* », « *Qu'est-ce que la médiation ? Comment travailler là-bas ?* » ; « *Qu'est-ce que la confidentialité, le secret partagé ?* »...

Il est question ici de décentration (déconstruction des préjugés), compréhension de l'univers de l'autre, négociation et médiation afin de sortir des aprioris de départ, des clichés et transformer le rapport à l'autre.

Au cours de la séance de travail du 18 mai 2015, l'infirmière¹¹ a souligné : « *Le médiateur, c'est la culture, la connaissance, une approche, et la possibilité d'aller vers les personnes [...]. Il parle aux villageois, nous présente, c'est plus facile, les personnes se livrent dans leur langue, ils expriment leur émotion, les barrières tombent* ».

Un médiateur d'ADER¹² a, quant à lui, exprimé l'idée que : « *Le psychiatre et l'infirmière sont des professionnels, des spécialistes [...]. Ils sont à l'écoute [...] en général les psychiatres font peur, surtout quand on ne connaît pas et le mieux c'est peut être d'expliquer ce qu'est un psychiatre et prendre le temps avec la personne* ».

Toujours dans la continuité de ces échanges, l'infirmière¹³ a décrit une pratique commune (culture professionnelle) : « *Dans la pratique lorsque nous arrivons dans les villages, nous commençons par saluer les instances coutumières, chamane, capitaine et chef du village. Nous faisons, le médiateur et moi, un premier tour du village pour aller à la rencontre des personnes préalablement orientées par ADER¹⁴, afin de leur proposer un espace de parole et d'écoute, en précisant que leurs croyances et leurs coutumes seront prises en compte lors de l'entretien médical. J'insiste en particulier sur la confidentialité absolue. Ce premier contact, axé sur l'empathie, est essentiel. Il constitue un prélude à l'entretien médical. [...] En présence du médiateur, les villageois nous accueillent avec le sourire, la présentation aux instances coutumières, chaman, capitaine, crée le lien.* ».

Le médiateur d'ADER¹⁵ a ajouté : « *[...] En tant que médiateur, mon travail c'est de sensibiliser dans les villages, d'expliquer c'est quoi le métier de médiateur, de psychiatre ; un médiateur pour beaucoup de professionnels de santé c'est un traducteur qui accompagne, en fait c'est plus que ça ; dans les villages, le psychiatre, le psychologue, on ne connaît pas, on connaît juste le docteur et mon travail c'est d'expliquer et de partager ; en tant que professionnels de la santé et de la médiation, nous partageons nos savoirs et trouvons une solution face à la situation. [...] Avant le déplacement du CMP, on a un déplacement ADER, je travail en binôme avec une médiatrice ; on passe trois ou quatre nuits deux fois par mois dans les villages, il y a 6 villages. [...] On assure une continuité de prise en charge, on*

11. Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG, séance de travail du 18 mai 2015 animée par la coordinatrice territoriale, en présence de la psychiatre (CHOG) et des médiateurs d'ADER, bureau d'ADER à Maripasoula

12. Luc Apina, médiateur d'ADER, séance de travail du 18 mai 2015, ADER, Maripasoula

13. Restitution de Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.

14. Les médiateurs d'ADER se rendent deux semaines par mois dans les villages. Ils échangent avec les habitants, identifient les problématiques et orientent les personnes en souffrance psychique qui le souhaitent vers le CMP. Ces personnes orientées sont informées de la venue de l'équipe et sont libres d'aller ou pas vers le CMP.

15. Restitution de Luc Apina, Médiateur d'ADER, au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française

repère les personnes en souffrance, on a des personnes ressources dans les villages et à chaque déplacement on va parler avec le capitaine pour savoir ce qui s'est passé pendant les deux dernières semaines. On a des informations et on essaie de s'approcher des personnes en souffrance et qui en font la demande et on les oriente vers des professionnels, si elles le souhaitent, comme le CMP et on accompagne ces professionnels pour faciliter le contact, la confiance et tisser du lien ».

Le travail de décentration et de compréhension de l'univers de l'autre permet d'envisager la négociation, l'expérimentation et l'évaluation de nouvelles approches et pratiques. On identifie et reconnaît les ressources et expertises de chacun et on les articule au service de la prise en charge et de l'action collective.

Le médiateur issu des communautés a une très bonne connaissance du territoire, de la langue et de la culture de l'habitant/patient. Mais bien au-delà de ces compétences, il mobilise, toujours dans un respect de la culture, de l'identité, de la confidentialité et de la neutralité, d'autres savoirs et savoir-faire comme : informer, expliquer et sensibiliser à la fois sur le métier, le rôle et les missions d'un médiateur, d'un psychiatre, d'une infirmière. Il assure que les interlocuteurs (professionnels et habitants) se comprennent mutuellement (il n'est pas question ici de traduction et de barrière de la langue mais de représentations, d'aprioris, de préjugés, de non sens) afin d'installer progressivement une confiance et une langue commune.

Le médiateur est co-créateur de la relation à venir, il est une ouverture sur une temporalité et une spatialité différente. Il aiguille et propose une grille de lecture à la fois aux professionnels et aux habitants (patients). Il ne se limite pas à la connaissance nécessaire de deux cultures. Le médiateur n'est pas un professionnel de santé mais il sait discerner les références et les contraintes des professionnels de santé et maîtrise certaines méthodes comme l'écoute active utilisée en santé mentale. Le médiateur a cette [capacité (compétence)] d'établir des ponts, de cerner des zones de rencontres entre deux univers sociaux et culturels, et de modifier les représentations mutuelles (Cohen-Emerique M, & Sonia Fayman S : 2005). Il respecte une posture, des pratiques et un cadre déontologique (Confidentialité, et secret professionnel ; neutralité et impartialité ; respect de l'autonomie des personnes ; développer des partenariats et réseaux). Enfin, il fait « avec » et jamais à la « place de » et est conscient des limites de son métier (HAS : 2017).

Crises de jeunes âgés de 10 à 18 ans : approche et pratiques

Cette deuxième situation revient sur les crises de jeunes amérindiens âgés de 10 à 18 ans survenues en 2016 à Maripasoula.

Rapport de l'infirmière¹⁶: « En avril 2016, 11 jeunes filles Wayana¹⁷, toutes étudiantes pensionnaires au collège Gran

Man Difou, ont développé des crises de type conversif à l'internat et au collège de Maripasoula. Elles mettent ces crises sur le compte des « fantômes », « des mauvais esprits » et « du diable ». De retour dans leur village, les crises n'ont non seulement pas cessé mais se sont propagées à d'autres enfants et adultes. (Phénomène de « contagion »). Plus de 70 internes ont suspendu leur scolarité pendant plusieurs semaines. Face à l'ampleur de ces crises des missions supplémentaires ont été mises en place, renforcées par des médecins psychiatres, psychologue, infirmière du pôle psychiatrie, IDE scolaire.

La souffrance psychique de ces enfants et adultes atteints par ces phénomènes s'exprime par des manifestations corporelles, des contorsions, des cris, associés à des visions. Parmi les facteurs explicatifs de ces crises : l'éloignement familial (collège/villages 1 à 5 heures de pirogue) inscrit dans une durée non perceptible dans l'esprit du jeune enfant ; la promiscuité (40 lits dans un espace vital réduit) ; la conviction véhiculée entre ces jeunes filles d'un internat qui serait possédé ; un régime alimentaire très différent des villages (nourriture, métropolitaine) ; le manque d'activités récréatives.

Les difficultés à gérer ces facteurs génèrent du stress, des angoisses, de la frustration, de la déception et une remise en cause existentielle de la culture. Il est à noter que ces phénomènes coïncident avec une cérémonie évangéliste dans le village surinamien Anapaïke où un grand nombre de familles wayana ont été récemment converties¹⁸. Enfin la coopération régulière avec les partenaires ADER, IDE scolaire, infirmiers et médecins des CDPS, ARS, ASE et les instances coutumières ont également contribué à la résolution partielle de ces crises et ont permis pour la majorité des internes une reprise de la scolarité.

La prise en charge en lien étroit avec le médiateur ADER, en entretiens médico-psychologiques, des personnes qui souhaitaient être entendues dans tous les villages concernés par ces phénomènes a permis de mettre en évidence des angoisses, des excitations psychomotrices, des difficultés à gérer des émotions. Certains ont évoqué des sensations de maux de tête, des douleurs abdominales, des vomissements, des nausées, des difficultés à respirer, des tremblements et la vision de phénomènes étranges (un petit homme trapu localisé à l'internat de Maripasoula). Les enfants ont exprimé une frayeur extrême, ont ressenti une présence en eux, de type possession. Toutes ces jeunes filles étaient effrayées à l'idée de retourner à l'internat, elles sont convaincues que le diable y est encore présent, car on leur avait dit que l'internat aurait été construit sur un cimetière ».

Cette prise en charge tripartite (Psychiatre ou infirmière, médiateur et patient) met en lumière la place du tiers (médiateur) dans la relation soignant/soigné. Le médiateur est là pour mettre en confiance – la plupart des familles des jeunes filles sont connues de l'association ADER - informer et expliquer la prise en charge, réassurer (secret professionnel, confidentialité), mettre des mots sur des maux, mais également décrypter le langage symbolique.

16. Restitution de Dija Osmani, ISP « santé mentale » au CMP/CHOG au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française.

17. Les Wayana font partie des 7 groupes autochtones représentés en Guyane : Les Pahikweneh, les Lokono et Téléuyu (dit Kali'na) vivent sur le littoral entre Saint Laurent du Maroni et Saint Georges de l'Oyapock. Les Wayampi et Teko vivent sur le haut Oyapock, et les Wayana, quelques Teko et Apalaï sur le haut Maroni (cf Merlet & al., 2017)

18. Cf Le monde Diplomatique, Mai 2017, « Des Amérindiens sans boussole. En Guyane sous les pavés la Bible », n°758, 64ème année, p.12.



Village de Twenké, commune de Maripasoula, Haut Maroni. Photo des auteurs

Pour le médiateur d'ADER¹⁹ : « La présence d'un médiateur est très importante, certaines choses se disent et je dois décrypter et expliquer aux professionnels et aux familles qui ont peur et sont désarmées. Je dois les assurer et réassurer [...] Je respecte ma culture et j'ai un travail, je suis médiateur et, pendant les crises, j'ai vu des jeunes en « souffrance », dans ma culture on ne s'approche pas d'une personne en souffrance, on dit « le diable est en toi » ; ...[...] En tant que médiateur je fais mon métier et en même temps je me retrouve en difficulté ; si je n'interviens pas, c'est, comme vous dites, « non assistance à personne en danger » [...] en tant qu'habitant et professionnels difficile d'avoir une place quand on a les pieds entre deux mondes ».

Le médiateur est le gardien de la transmission, garant de la compréhension de l'autre et du partage du sens. Il sait discerner les références et les contraintes des professionnels (Cohen-Emerique M, & Fayman S, 2005 : 182). Cette interaction avec les professionnels de santé, lui permet d'acquérir et de renforcer ses compétences et celles des professionnels grâce notamment à l'institution d'espaces permettant une réflexivité et une mise en commun structurée des expériences dans une optique de partage des savoirs et pouvoirs, chacun étant à son tour apprenant et sachant.

Le psychiatre et l'infirmière acquièrent dans la relation tripartite (Soignant, médiateur et soigné) une meilleure compréhension de l'autre et de lui-même : approches, pratiques, façon de penser, rapport à la santé.

Pour le psychiatre²⁰ : « Si à un moment le médiateur sent qu'il y a quelque chose qui nous échappe complètement, il peut ramener l'entretien à ce qui lui semble important et que nous nous n'avons pas pu percevoir [...] l'idée c'est qu'il y ait un enrichissement permanent par l'échange de point de vue et à tous les niveaux, [...] que chacun se sente partie prenante de cette équipe dont le patient fait lui aussi partie pour qu'on arrive à comprendre ce qui passe et à trouver des solutions ».

Quant au patient/habitant, il se trouve dans un espace respectueux de sa personne, de son identité et de ses pensées, sans jugement et préjugés et dans lequel il est invité à être acteur de sa santé, par le partage de savoirs, de savoir-faire et de « pouvoir ».

Le médiateur est là pour permettre et assurer cet espace de libre d'expression et de partage dans le respect des identités de chaque partie prenante. Ce n'est pas toujours facile car sa force (bonne compréhension des deux mondes de part sa position d'habitant et de professionnel) peut aussi le mettre en difficultés, en porte-à-faux avec sa famille, ses proches, les esprits, etc, comme l'a souligné le médiateur.

Le partage des savoirs et « pouvoirs » et la reconnaissance des expertises (psychiatre, infirmière, médiateur, soigné et habitants) doit permettre à « chacun de se sentir à sa place et de laisser la place à l'autre », l'autre professionnel de santé, de la médiation et habitants.

19. Restitution de Luc Apina, Médiateur d'ADER, au 1er colloque de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni « Culture (s) et soins en santé mentale » organisé par le CHOG, 20-21 mars 2017, Saint Laurent du Maroni, Guyane française. 20. Séance de travail du 18 mai 2015, ADER, Maripasoula

Discussion : enseignements et recommandations

Durant trois ans, une équipe de professionnels, les uns en santé mentale, les autres en médiation, avec la participation des habitants (autorités coutumières, agents de santé et personnes ressources autochtones), a questionné un modèle de médiation interculturelle en santé mentale autochtone. De la méthode à trois démarches de Cohen Emerique (2011) : Décentration, Compréhension de l'Autre, Négociation/Médiation en passant par les quatre stades de l'intelligence de l'autre : Prudence, Questionnement, Respect et Négociation socioculturelle, cette équipe pluridisciplinaire a expérimenté la négociation socioculturelle autrement dit : « La prise en compte du point de départ de chaque partie prenante (en termes de situation économique et sociale, d'éthique et de représentations culturelles) et le passage du « ou » au « et », permettant de mobiliser le meilleur et l'acceptable de chacun pour réussir à surmonter des malentendus ou à mener des projets en commun. », (Sauquet, 2010). Ce travail a permis de tendre vers la sécurité culturelle : « ce partenariat égalitaire entre deux personnes de cultures différentes fondé sur le respect mutuel et le dialogue qui convergent vers un partage du pouvoir en vue d'une action commune » (Bruneau, 2005) et d'acquiescer au fil de l'expérience ce qui constitue cette sécurité culturelle²¹ à savoir l'humilité, la réflexion critique, l'ouverture, la sensibilité et la compétence culturelle.

Cette expérience a mis en lumière quelques enseignements et recommandations afin de repenser et de transformer les pratiques, voire d'éclairer de futures politiques publiques. Tout d'abord, quelques enseignements retenus, du point de vue des pratiques et des échanges, à savoir la nécessité de prendre en compte les us & coutumes, codes et valeurs culturels et professionnels, rythmes et espaces de vie (Temporalité / Spatialité différente - Espace limité (village) / espace de consultation – horaires/rendez-vous, etc) du territoire et des habitants, de mettre en place des espaces permettant l'expression de chacun (Soignants, médiateurs et habitants), la reconnaissance de son expertise et le partage des savoirs et des pouvoirs afin de les articuler au service de l'action collective. L'inscription des habitants dans cette

action collective est incontournable mais ne peut se faire sans leur aval, sans que cela fasse réellement sens pour eux, sans leur force de propositions, sans le partage des savoirs et des pouvoirs et sans des professionnels formés et sensibilisés à ces nouvelles démarches et pratiques interculturelles et d'action dite « communautaire ».

De plus, il faut s'assurer de la stabilité ou tout du moins du transfert des savoirs et savoir-faire éprouvés, approuvés et acquis des équipes et du dispositif, être conscient de la position parfois inconfortable d'entre-deux du médiateur et donc de son retrait « temporaire », chacun gardant son autonomie et libre arbitre dans cette action collective.

Pour ce faire, les équipes pluridisciplinaires doivent suivre des « formations transversales » sur la déconstruction des aprioris et préjugés, sur les représentations en santé notamment mentale, sur l'approche interculturelle (négociation socioculturelle, sécurité culturelle) & l'action dite « communautaire ». En interne, elles doivent suivre des ateliers de réflexivité et de mise en commun structurés des expériences (partage des savoirs et pouvoir) de préférence animés par un tiers, intervenant extérieur, connaissant le milieu de santé, de la médiation et les populations. Elles doivent également mettre en place des séances d'échange et d'analyse de prise en charge. Un briefing et débriefing à chaque déplacement dans les villages (objectifs et priorités, patients à voir, habitants à rencontrer, difficultés rencontrées, ajustements à faire, points à travailler etc). Toutes ces actions doivent être coordonnées, « sans cesse parlées et interrogées », interculturelles, horizontales, a-hiérarchiques, interprofessionnelles, transdisciplinaires et transversales. De plus, ces pré requis doivent faire l'objet d'un cadre réglementaire validé par l'institution afin d'assurer la pérennité du dispositif, même dans le cadre d'un turn over important. Enfin, des espaces d'échanges informels voire plus formels avec les autorités coutumières, personnes-ressources et habitants autochtones doivent régulièrement être animés pour informer, réfléchir, comprendre, initier et avancer ensemble; probablement à des rythmes différents mais ensemble et dans une même direction.

21. Cf article Blanchet A & al. (2012). « Sécurité culturelle : une analyse du concept »

Bibliographie

Blanchet Garneau A., & Pepin J., (2012). « Sécurité culturelle : une analyse du concept ». Recherche ne soins infirmiers, n° 111, pp. 22-35
Bruneau S., (Mars 2015). La sécurisation culturelle, Power point dans le cadre d'une présentation des acteurs de Guyane Française, INSPQ, Québec.
CREDES., (2003). Territoires et accès aux soins. Rapport du groupe de travail. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés.
Haut Autorité de Santé (HAS)., (Octobre 2017). Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pp.8-9
Howard J.P., & Kulesza P., & Merlet R., (2014). « French Guiana », IWGIA-The Indigenous World 2014, pp. 151-157.
Cohen-Emerique M., & Fayman S., (2005). Médiateurs interculturels, passerelles d'identités, ERES, Connexions, pp.169-190
Cohen Emerique M., (2011). Pour une approche interculturelle en travail social ; théories et pratiques, Presses de l'EHESP Rennes
Fédération des maisons médicales & al., (Décembre 2013). Action communautaire en santé : un outil pour la pratique, 53p.

Roelandt J.L., (2001). De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Rapport de mission.
Merlet R., & al., (2016). « French Guiana », IWGIA-The Indigenous World 2017, pp. 190-197.
Merlet R., & al., (2016). « La crise suicidaire (Représentations, comportements et attitude). Expérience d'une recherche-action participative et collaborative autochtone (Autorités coutumières, agents de santé, jeunes et personnes-ressources amérindiens et médiateurs de l'association ADER) 2014-2016 », Rapport ADER 2016, 19p.
Merlet, R., & Marchand A., (2016). Rapport annuel ADER, [en ligne] www.aderguyane.org
Pissarro B., (2004). « Réseaux en santé et approches communautaires ». Vie sociale et Traitements, Cairn.info. 81 (1) : 49-56.
Sauquet M., (2011). 33 questions pour aborder l'interculturel : Grille d'analyse des variables socioculturelles susceptibles d'expliquer les manières d'être et d'agir de l'autre.
Sicard E., (Mai 2017). « Des Amérindiens sans boussole. En Guyane sous les pavés la Bible », Le monde Diplomatique n°758, 64ème année, p.12