Mémoire de Diplôme Universitaire
Médiation en Santé

Professeur Olivier Bouchaud
Campus de Bobigny
Session Janvier-Juin 2025
Étudiante : Maria Poner - 30 mai 2025

* * *

Médiation en milieu hospitalier

Mon expérience au poste de
Médiatrice en Santé en hospitalisation du
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard
Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Introduction

Le présent mémoire décrit ma fonction depuis trois mois en tant que Médiatrice en Santé en hospitalisation du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'Hôpital Bichat-Claude-Bernard, ainsi que les premiers enseignements que j'en tire.

Je vais donc développer les points suivants :

1. Définition de la médiation en santé
2. Mes objectifs assignés à l'hôpital Bichat
3. L'organisation du SMIT
4. Mes interactions avec les différents professionnels

1. Définition de la médiation en santé

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) met l'accent sur une mission attachée à un public de patients vulnérables :

« *La médiation en santé constitue un processus relationnel qui concourt à la résorption d'inégalités sociales de santé grâce à sa fonction d'interface entre publics vulnérables et acteurs de santé.*
D'initiative associative et historiquement ciblée sur des publics marginalisés (VIH, prostitution, gens du voyage…), la médiation en santé s'adresse désormais à ***des publics en situation de vulnérabilité*** *pour des motifs variés, qu'ils soient endogènes (précarité socioéconomique, crainte de la stigmatisation, situation de handicap, etc.) ou exogènes (complexité du système de soins, difficultés et délais d'accès, etc.)* »

Les personnes hospitalisées dans le SMIT de l'hôpital BICHAT ont par exemple souvent des profils fragiles ou complexes :

- grand âge
- rupture des liens familiaux

- manque d'intégration
- addictions
- maladies lourdes et stigmatisantes socialement
- problèmes financiers ou sociaux

Le Médiateur en Santé centre son travail autour des problématiques de la maladie, de l'observance thérapeutique et de compliance aux soins. Il s'intéresse aux problèmes d'ordre sociaux quand ceux-ci peuvent empêcher l'accès aux soins ou la continuité de la prise en soins, mais sans chercher à résoudre tous les problèmes sociaux de la vie quotidienne des patients.

Le guide sur la médiation en milieu hospitalier de l'Agence Régionale de Santé de l'Ile-de-France va plus loin en précisant que « ***la médiation vise à restaurer le lien fragilisé entre le patient et le professionnel de santé*** ».

La Médiation est en effet un outil et une approche apaisante, constructive et souvent très efficace pour améliorer le ressenti des personnes qui se trouvent hospitalisées. Être pris en situation de soins, recevoir une annonce diagnostique, se trouver hospitalisé et donc éjecté de son contexte habituel est stressant et déstabilisant pour tout le monde sans exception. Si c'est le cas pour une personne moyenne, c'est encore plus vrai pour des personnes vulnérables ou ayant des difficultés sociales.

Le corps médical est très pointu et techniquement excellent pour soigner les corps, mais il se heurte à des difficultés avec des patients stressés et donc non-compliants. L'être humain est une créature complexe : le physique et le mental sont intimement liés. Il est impossible de guérir les maladies faisant abstraction de bien-être global de la personne. Les malades progressent moins bien dans leurs soins quand ils ne se sentent pas acteurs et décisionnaires de leur santé, ou quand ils sont inquiets pour les conditions de leur sortie de l'hôpital. Le corps soignant s'est rendu

compte que la réussite thérapeutique est plus facilement accessible quand le courant passe et le patient est en accord avec le corps médical.

Dans ma courte expérience de presque trois mois de travail à l'hôpital, j'ai pu déjà vivre de nombreuses situations où la médiation a permis :

- d'apaiser les patients stressés par le milieu hyper technique, et donc de les rendre plus compliants
- éviter les malentendus et lisser les aspérités de relations entre le corps médical et les patients
- de résoudre des conflits déjà installés grâce au dialogue
- accélérer la sortie des patients et libérer les places en hospitalisation
- inclure les familles dans le processus de soins, et donc favoriser le retour au domicile bien organisé
- assurer le lien entre le patient et l'hôpital après la sortie d'hospitalisation ; et donc garantir la continuité du traitement

Au total l'amélioration de la communication entre les patients, leurs familles et les professionnels de la santé permet aux patients de devenir acteurs de leur parcours pendant l'hospitalisation et après leur sortie de l'hôpital.

Le travail de réflexion effectué pendant le DU nous a permis par ailleurs de préciser l'importance de l'écoute active et du réseau du médiateur pour réussir dans sa mission :

« *La médiation en santé est un processus qui a pour objectif de faciliter l'accès au soin des personnes éloignées du système de santé ou en manque d'information.*
C'est un processus de tissage de liens, d'interface, entre les professionnels de santé et les patients qui permet de les maintenir dans le système de santé et de réduire les inégalités de santé.

Le médiateur doit faire preuve d'écoute active, d'aller-vers, de non-jugement et d'une utilisation maîtrisée de son réseau *pour orienter, accompagner, autonomiser et améliorer l'état de santé global des personnes. Il tient également un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé concernant les difficultés des patients à réaliser leur parcours de soins* ».

Ces définitions sont donc très orientées sur une mission focalisée sur le patient et l'importance de la communication et du lien à établir avec les professionnels de santé.

Il est intéressant de confronter ces définitions avec le point de vue de l'hôpital, mettant en particulier en évidence de nombreux bénéfices d'amélioration de l'efficacité des soins, pour une fonction encore récente (6-7 ans) et pas encore pleinement assimilée par les hôpitaux.

2. Mes objectifs assignés à l'hôpital Bichat

La mission primordiale du Médiateur en Santé à l'hôpital ***est d'améliorer les soins des patients en situation de vulnérabilité, et d'être au service des patients.***

Le Médiateur est chargé de renforcer l'adhésion aux soins des patients, d'améliorer la rétention des patients dans le système de santé, d'améliorer leur compréhension et leur observance de soins, ainsi que le suivi des examens et leur adhérence ou traitement.

Quand ces objectifs sont atteints, il en découle naturellement que :

- la durée d'hospitalisation s'en trouve réduite. En effet Lorsque les examens demandés par les médecins sont effectués sans retard pendant l'hospitalisation, le temps médical et paramédical s'en trouvent optimisés et il n'est pas nécessaire de reprogrammer les examens.

- le nombre de re-hospitalisations diminue, car les patients reviennent bien en consultation de contrôle après leur sortie d'hospitalisation, ce qui évite des sorties du système de santé et la perte de chance thérapeutique pour ces patients.

Au cours de mes premières revues avec la direction de l'hôpital, il m'est donc apparu qu'au-delà de la finalité de la fonction de Médiateur vis-à-vis des patients vulnérables, les conséquences que ces actions peuvent avoir sur le fonctionnement de l'hôpital sont tout aussi importantes ; c'est ainsi que nous nous attachons aussi à mesurer les améliorations en matière de :

1. Réduction de la durée d'hospitalisation,
2. Evitement du risque de ré hospitalisation,
3. Optimisation du temps médical et paramédical,
4. Fluidification de parcours de soins,
5. Prévention des ruptures de soins post-hospitalisation.

Pour le Dr Peiffer-Smadja (Praticien hospitalier au SMIT de l'Hôpital Bichat, Maitre de Conférence des Universités), « le rôle de Médiateur s'impose comme un levier de qualité, de sécurité et d'efficience des soins dans un service accueillant une population précarisée, souvent non francophone et en situation de vulnérabilité sociale ou psychique », avec comme conséquences de mes actions :

1. La réduction de la durée d'hospitalisation
   « *Plusieurs patients ont pu sortir plus rapidement grâce à :*
   - *Une préparation anticipée des sorties (mise en lien avec IDE, portage de repas, vérification du domicile, appui à l'organisation familiale).*
   - *Une meilleure adhésion aux soins grâce à la traduction et l'explication des traitements et examens.*
   - *Une désescalade des conflits permettant la réalisation d'examens bloqués par l'angoisse (fibroscopie, scanner, ponction lombaire).*

Résultat principal : des examens clés ont pu être réalisés à temps, évitant l'allongement du séjour (dans le cas de 6 patients) »

2. La prévention des ré hospitalisations
   « *Mme Poner a permis de maintenir le lien avec plusieurs patients à risque de rupture de soins :*
   - *Suivi post-sortie rigoureux : coordination avec IDE à domicile, appels de rappel, médiation avec l'entourage.*
   - *Relais immédiat avec les équipes hospitalières en cas de signal d'alerte (ex. : localisation de patients hospitalisés ailleurs, rappel à Bichat si besoin).*
   - *Explication des règles de vie et de soins en établissement pour éviter les expulsions et retour au SMIT*

Résultat principal : Des ré hospitalisations évitées et 2 patients retrouvés et réintégrés dans leur parcours de soins. »

3. Un gain de temps pour les équipes soignantes

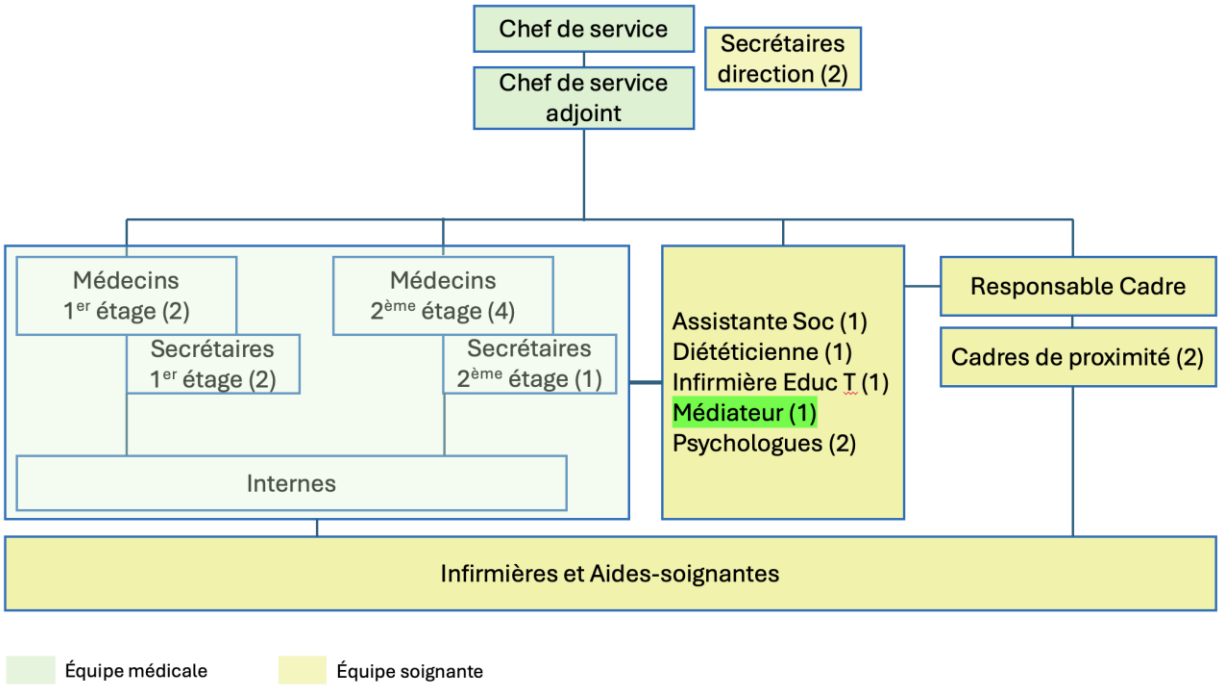
   - « *Traduction en temps réel et adaptation culturelle ont permis d'éviter de longues négociations et des malentendus*
   - *Accompagnement aux examens a libéré les soignants d'une logistique lourde (scanner, ophtalmologie, IRM…, réitérer les demandes d'examens, négocier, etc.), souvent chronophage.*
   - *Gestion proactive des situations conflictuelles ou anxiogènes a permis d'éviter des retards, reports d'examens, voire des blocages.*
   - *Filtrage des demandes sociales ou psychologiques : la médiatrice a orienté efficacement vers les bons professionnels (assistantes sociales, IDE, médecins), évitant ainsi des sollicitations inappropriées ou redondantes ».*

Les actions du Médiateur comportent donc également une dimension d'amélioration de l'efficacité des soins, là où les hôpitaux semblent clairement chercher à optimiser le coût des traitements, sans oublier

évidemment la finalité même de sa mission qui consiste à minimiser le stress, la pénibilité et la durée de l'hospitalisation des patients.

3. L'organisation du SMIT

Le médiateur s'inscrit dans une organisation complexe, avec des interconnexions et articulations multiples à plusieurs niveaux :



Le Médiateur en Santé du SMIT doit donc interagir au quotidien avec :

- **les Médecins et les Internes,**
- **les Assistant(e)s social(e)s (de l'Hospitalisation et des Consultations externes),**
- **l'Infirmière de Coordination et les Infirmières d'éducation thérapeutique,**
- **la Nutritionniste,**
- **les Secrétaires médicales,**

- les Psychologues ,
- la Kinésithérapeute
- les Infirmières et Aides-soignantes,
- les Cadres de santé

Le Médiateur est par ailleurs amené à collaborer avec des structures partenaires pour la coordination de parcours des patients, leur suivi après la sortie d'hospitalisation ou tout simplement le transfert de patient d'une structure à l'autre dans des bonnes conditions :

- Les professionnels des autres Services connexes de l'Hôpital Bichat, comme SSR, LHSS, CMR
- Les équipes de l'Hôpital de Jour et des Urgences
- Les hôpitaux-partenaires et structures de soins comme les SSR et SMR extérieurs à l'hôpital BICHAT, ou les LHSS (par ex. BLIGNY), les EHPADs, etc…

A noter que le travail de Médiateur en santé en milieu hospitalier est très différent de l'exercice en association ou du travail d'un Médiateur Social : on s'occupe moins « d'aller vers », parce que les patients sont déjà hospitalisés, il n'est pas nécessaire d'aller les chercher dans des bidonvilles ou dans des squats. Il n'y a pas d'actions collectives de promotion de la santé à organiser, comme dans les associations qui font des programmes de promotion de la vaccination ou de santé sexuelle par exemple.

Les actions dirigées vers des groupes d'usagers sont difficilement envisageables à cause de l'isolement nécessaire pour des patients hospitalisés en Service des Maladies Infectieuses. Le poste de Médiateur en santé du SMIT est récent (environ 1 an), et doit s'intégrer dans un système complexe déjà en place qui fonctionne bien, avec des règles déjà instaurées et des rôles bien délimités. Le mot d'ordre : il faut s'inscrire dans l'organisation sans en gripper les rouages, coordonner les efforts et faire le pont entre les différents professionnels, intervenir en amont et en aval de leurs interventions, en ayant soin de les respecter et de ne pas empiéter

sur les responsabilités de chacun. Il est aussi demandé d'être force de proposition pour améliorer l'ensemble des processus.

Les postes sont en train de se créer dans les hôpitaux et les fonctions, les règles et les limites de la profession sont en train de se décrire. Il est impératif de se créer une place au sein du service et de définir par soi même la façon de fonctionner avec les collègues, instaurer l'articulation efficace avec les structures présentes.

Dans les chapitres qui suivent je vais décrire le fonctionnement et l'articulation de mon rôle avec les acteurs du SMIT de l'hôpital Bichat, et expliquer comment le Médiateur interagit avec les différents métiers.

4. Mes interactions avec les différents professionnels

4.1 Le Médiateur et les Médecins / Internes

Les Médecins sont mes principaux prescripteurs, ce sont eux qui me soumettent mes missions.
Ils connaissent les patients d'un point de vue médical, mais souhaitent très souvent mieux comprendre le contexte et avoir des détails personnels, qui peuvent avoir une influence énorme sur le projet thérapeutique. Peut-on soigner de la même façon tous les patients ?

La connaissance profonde du patient et de ses circonstances de vie peuvent éviter des malentendus, améliorer la participation du patient dans son projet de soins, et parfois aider à écourter le séjour hospitalier ou de le remplacer par un hôpital de Jour.

Souvent les médecins font appel à moi quand un patient refuse de faire un examen prescrit par le médecin (refus de soins), ou quand il est tellement angoissé qu'il ne se laisse pas faire.

Pour faire en sorte que l'examen prescrit est effectué, mon rôle consiste à expliquer (ou à réexpliquer avec des mots plus simples) pourquoi on fait cet examen, quelles informations on espère obtenir, et comment l'examen se déroule. Mon rôle peut aussi consister à parler au patient à travers le microphone le temps qu'il se trouve dans le scanner, pour le rassurer et faire en sorte qu'il ne se sente pas seul, ou de le distraire pour lui faire oublier le désagrément. Parfois il faut juste accompagner le patient physiquement, en allant avec lui sur le lieu de l'examen pour qu'il ne se sente pas perdu.

La situation récurrente : le patient refuse de faire un examen parce qu'il n'a pas été prévenu et s'est senti brusqué. Le fait de prévenir en amont les patients de leurs soins leur donne le sentiment d'être pris en considération et d'être plus acteur de leur santé.

Après chacune de mes interventions, je fais un retour systématique au médecin (la plupart de temps à l'oral, mais quand il y a plusieurs collègues concernés - par email), ceci pour le tenir au courant des avancées, et débriefer des dysfonctionnements éventuels. Ces feedbacks peuvent amener les médecins à ajuster leurs manières de faire.

Le cas particulier des sorties des patients, validés par les médecins, m'amène à intervenir en collaborant étroitement avec l'infirmière d'éducation thérapeutique et avec l'assistante sociale.

Il est en effet important de faire le lien avec l'entourage du patient pour s'assurer tout d'abord qu'ils sont bien présents à sa sortie, que le domicile est adapté aux besoins et que les aidants seront en mesure de s'adapter aux nouveaux besoins de leur proche.

Il est donc important pour le Médiateur de vérifier que les interlocuteurs sollicités par l'Infirmière d'éducation thérapeutique ont effectivement pris contact avec le patient, et de s'assurer que les structures saisies par

l'Assistante Sociale ont bien pris en compte les différentes demandes, en phase avec le projet thérapeutique.

4.2 Assistant(e)s Social(e)s

Je suis amenée à travailler assez étroitement avec les Assistant(e)s Social(e)s. Surtout avec l'Assistante Sociale de l'Hospitalisation du SMIT, mais parfois aussi avec les Assistantes Sociales de la consultation.

Les Assistantes Sociales de la consultation font appel à moi quand elles reçoivent les anciens patients de l'hospitalisation que j'ai connais bien et quand je peux contribuer à l'avancement dans les soins, grâce à un lien de confiance que j'ai construit avec le patient. Ou bien pour accompagner le patient vers la pharmacie de l'hôpital et l'aider en traduction (exemple d'un patient déficient visuel, ne parlant pas français et qui ne connait pas les méandres de la Grande Tour).

Avec l'Assistante Sociale de l'Hospitalisation, nous collaborons très souvent sur les dossiers en commun.

Je passe beaucoup de temps avec les patients, par exemple lors des accompagnements aux examens ou je peux souvent venir discuter avec des patients justement pour mieux les connaitre et être aux courant de leurs circonstances de vie et difficultés qu'ils rencontrent. Ils me racontent leur vie, ce qui me permet de donner beaucoup d'informations utiles et pertinentes à l'assistante sociale. Je suis bien placée pour savoir qui à besoin de régularisation, qui avait perdu son travail à cause de la maladie et aurait besoin d'aide pour la demande de l'RSA et de quel côté je peux approcher la famille du malade pour avoir leurs concours et soutenir notre action.

C'est le travail de l'Assistante Sociale d'effectuer les démarches auprès de l'administration française (et parfois les administrations étrangères)

concernant l'accès aux droits, l'identité des personnes malades, le droit de séjour et les demandes des prestations sociales.

De mon coté je peux travailler en amont pour aider le patient à préparer le dossier en expliquant la liste des documents à fournir, en l'aidant à trouver et préparer les documents nécessaires. Cela permet d'économiser le temps de l'Assistante Sociale surchargée et de maximiser le résultat.

J'effectue un suivi auprès des familles pour préparer les sorties des patients : après que l'Assistante sociale a préparé et envoyé le dossier, je peux appeler la maison de retraite pour s'assurer qu'ils ont bien reçu le dossier et que ça suit son cours, de les relancer régulièrement jusqu'à obtention d'une place ; ou négocier avec la sœur du malade pour la convaincre de prendre une mutuelle (le devis préparé par l'Assistante sociale) en vue d'une longue hospitalisation.
Dans certains cas j'accompagne les patients chez l'Assistante Sociale pour effectuer les démarches, dans d'autres cas je reprends les dossiers de l'Assistante sociale pour les tâches particulièrement chronophages.

La ligne de démarcation entre nos fonctions se trouve là ou commence la démarche administrative - je ne m'aventure pas à effectuer les démarches auprès de l'administration, ceci n'étant pas de la responsabilité du Médiateur. C'est une Assistante sociale qui sait mieux quelle structure convient au patient en fonction de son état de santé et de sa situation sociale, et quelle démarche il faut entreprendre dans la situation précise. De mon côté je peux prendre le contrôle d'avancement et le suivi de démarches décidées et entamées par l'Assistante sociale.

Nous nous voyons trois fois par semaine aux « Staffs Sociaux », et presque tous les jours pour échanger concernant la progression de nos projets. Je la tiens au courant de mes actions et progrès également par mail, en la mettant en copie des mails que j'envoie aux médecins.

4.3 Infirmière de Coordination (IDEC) et Infirmières d'Éducation Thérapeutique

Comme avec l'Assistante Sociale, ma collaboration avec l'Infirmière de Coordination est assez étroite. Celle-ci me sollicite surtout pour suivre des sorties des patients. Apres leur retour à domicile il faut vérifier que les infirmières à domicile (qui ont étaient déjà trouvées et contactées par une IDEC) ont en effet pris contact avec les patients et /ou leur familles ; Il faut trouver un médecin traitant, s'assurer que les patients on bien vu l'Assistante sociale pour l'ouverture des droits avant la sortie de l'hôpital, s'assurer que les soins infirmières sont bien couverts par l'assurance et la mutuelle, ou que l'ouverture d'un Pass hôpital est faite, et que les patients ont pu retirer leurs médicaments avec leur couverture médicale. Je les accompagne à la pharmacie de l'hôpital quand c'est nécessaire. Parfois je suis amenée à négocier avec les pharmacies en ville, pour faire délivrer les médicaments avec une prise en soin qui correspond bien aux droits du patient.

Je peux participer dans les sessions d'éducation thérapeutique des patients en duo avec une Infirmière d'Education Thérapeutique dès lors qu'il est nécessaire de traduire ou de s'assurer que le patient à bien compris son traitement. Je rappelle les patients pour m'assurer qu'ils arrivent bien à suivre les préconisations de l'infirmière d'éducation thérapeutique. J'informe l'IDEC des difficultés éventuelles rencontrées par le patient dans son suivi de traitement, accès aux médicaments ou relations avec les infirmières à domicile.

Après la sortie du patient de l'hospitalisation, le Médiateur est chargé de rappeler les rendez-vous de l'hôpital de Jour, des examens ou des rendez-vous avec leur médecin si le patient est susceptible de les oublier.

Les limites entre le travail de l'Infirmière d'Éducation Thérapeutique ou l'Infirmière de Coordination et celles du Médiateur sont très naturelles : je n'ai pas de qualification médicale pour expliquer l'utilisation des

médicaments aux patients, ne peux répondre aux questions pointues concernant le traitement, et peux difficilement trouver une Infirmière qualifiée du secteur libéral dans le quartier ou habite le patient. Je peux en revanche relire l'ordonnance au patient (parfois 10 fois quand c'est nécessaire) et vérifier que le patient n'est pas perdu dans les nuances, et qu'il arrive à suivre son traitement assidûment. Nos fonctions sont complémentaires et nous participons aux réunions de « Saff médical » du matin à tour de rôle en faisant une transmission mutuelle des informations reçus pour optimiser notre impact et partager les tâches.

4.4 La Nutritionniste et la Kinésithérapeute

Puisque je connais très bien certains patients et que je les vois souvent dans leur quotidien à l'hôpital, je suis capable de remonter des informations utiles à la Nutritionniste et au Kinésithérapeute concernant les besoins des malades. J'échange avec les patients suffisamment souvent pour savoir s'ils ont bien pris leur repas et identifier des problèmes éventuels. Ensemble nous pouvons discuter des adaptations du régime alimentaire des patients pour le rendre plus approprié à leur état de santé.

De même je me rends compte plus facilement quand les patients ont des douleurs récurrentes suite à leur manque de mobilité pendant l'hospitalisation. Lors de mes accompagnements au scanner, certains patients ont du mal à s'allonger sur le dos, ou à utiliser leur bras. Au cours des promenades avec les patients, je peux constater des difficultés éventuelles pour la marche. Dans ces cas, je ne manque pas de le signaler à la Kinésithérapeute de service pour qu'elle instaure un programme de travail avec le patient en question. Il m'arrive d'être présente lors des sessions de démarrage des séances de kinésithérapie avec des patients qui ont besoin de traduction, ou simplement d'être rassurés.

4.5 Les Secrétaires Médicales (de l'Hospitalisation)

Les Secrétaires Médicales sont, entre autres, chargées d'organiser les transports pour les sorties des patients, ou leurs rendez-vous pour des examens externes. En coordination avec les Secrétaires Médicales, j'anticipe les accompagnements que j'effectue avec certains patients pour leurs examens. La Secrétaire me rappelle donc les rendez-vous, et je préviens le patient que je vais l'accompagner. Je vérifie avec la Secrétaire Médicale que le type de transport commandé correspond bien à l'état de mobilité du patient, qu'il est bien pris en compte par son assurance, que l'heure de transport permet d'être à l'heure sur le lieu de la consultation, et que, au moment du départ nous avons bien les coordonnées du transporteur pour le retour, ainsi que les bons de transport correspondants.
Les demandes des examens et les lettres d'adressage sont des documents qu'on prépare ensemble avec la Secrétaire Médicale du Service avant d'effectuer chaque accompagnement.
Sans ces vérifications minutieuses, il arrive en effet que le patient ne puisse se rendre à son examen, que les personnels à destination n'aient aucune idée de ce qu'il faut faire, ce qui créée des surcoûts inutiles. Cela peut créer in fine une perte de temps considérable pour de nombreux acteurs, ou la nécessité de tout reprogrammer.

Ci-dessous quelques exemples lorsque le double contrôle n'a pas été fait :

Exemple 1 : avant mon arrivée au service, un patient arrive à son rendez-vous ophtalmo dans une structure externe sans son passeport ; la structure d'accueil a refusé de le prendre en charge et l'a retourné sans son soin. Nous avons pu reprogrammer le rendez-vous qui s'est ensuite bien passé avec mon accompagnement (et tous les documents ont été préparés à l'avance).

Exemple 2 : mon intervention a permis d'éviter à un patient franco-espagnol qui attendait un transport pour un rendez-vous en ophtalmologie de se faire embarquer par des ambulanciers, qui devaient emmener un patient mexicain pour un rapatriement à l'étranger.

Exemple 3 : un transport a dû être annulé à la dernière minute car au moment de partir, on a pu s'apercevoir que le type de transport demandé n'était pas couvert.

4.6 Les psychologues

Étant très au courant de l'état psychologique des patients les plus complexes et fragiles, je signale systématiquement les besoins en consultation aux deux psychologues du service. Nous partageons les informations pertinentes, et les psychologues me donnent les retours concernant leurs séances. Parfois suite à leurs intervention, les psychologues sont amenés à faire appel à un Psychiatre externe à notre Service qui nous fera un retour après son intervention.
Cela a par exemple conduit à transférer en urgence en hospitalisation psychiatrique un patient avec un risque de tentative de suicide élevé suite à des informations que j'avais pu remonter.

4.7 L'équipe des infirmières et aides-soignantes

Les infirmières et aides soignantes sont au chevet des malades et sont donc, plus que tous, au plus près des patients. Elles prennent les constantes, distribuent les médicaments et prodiguent les soins du quotidien. Elles sont donc chaque jour au courant des humeurs de chacun, des griefs et des victoires par rapport aux maladies.

Elles/ils partagent volontiers les informations très pertinentes avec moi. Par contre, il est parfois compliqué de leur demander d'ajuster certaines choses car leur équipe est très grande (une cinquantaine de personnes), et elles/ils tournent en fonction de leurs planning entre les ailes et les étages du service.

Normalement ils/elles prennent leurs directives dans l'ordinateur où les médecins mettent leurs préconisations, ou bien là où les équipes

soignantes du shift précédent laissent les informations concernant les événements de leurs créneaux de travail. En réalité, il arrive assez souvent que les équipes soient dépassées par la quantité des patients et ne regardent pas trop attentivement les informations du jour.
Exemple de problème rencontré : du sucre présenté sur des plateaux repas pour un patient diabétique, ou bien des aliments à mâcher pour un patient sans dents.

Lorsque cela arrive, je n'ai pas encore trouvé de moyen efficace de régler ce type de problème parfois conflictuel, lié encore une fois à la taille de l'équipe.

Peut-être que cette situation vient de l'absence temporaire de cadres de proximité : à mon arrivée au service, il y avait en effet deux Cadres de Proximité (un sur chaque étage du Service), qui encadraient le travail des équipes des Infirmières et des Aides-soignantes. Ils avaient assurés la gestion de proximité des équipes, mais malheureusement ils sont partis tout les deux sans être remplacés pour l'instant. Les cadres de proximité me semblent être un maillon important pour un fonctionnement fluide entre les différents intervenants, dont le Médiateur et l'équipe d'infirmières. J'espère que ces deux postes seront à nouveau pourvus prochainement.

4.8 Fonctionnement avec les autres Services de l'Hôpital BICHAT et avec les structures hospitalières extérieures

Je travaille souvent en collaboration avec d'autres services de l'Hôpital Bichat, comme les services de Radiologie ou IRM, ou pour accompagner des patients pour des explorations fonctionnelles variables comme endoscopie, bronchoscopie, etc…

Il est très important d'accompagner les malades particulièrement fragiles. Parfois c'est un déclin cognitif ou atteinte psychiatrique qui compliquent l'examen. Une tête familière calme les patients, et la connaissance des particularités du patient que je partage avec l'équipe soignante facilite le travail des médecins. Il est arrivé qu'un examen échoué la veille devient possible parce que j'informe les médecins des raisons de l'échec ; les médecins peuvent ainsi ajuster leur approche. Par exemple un patient, qui avait un réflexe vomitif important ayant empêché une gastroscopie la veille, a pu être appréhendé différemment par le médecin en passant par le nez ; l'examen a ainsi pu être effectué.

Mon travail consiste également à coordonner les parcours de soin de certains anciens patients du SMIT avec l'Hôpital de jour.
Il arrive en effet que des anciens patients ne se présentent pas aux rendez-vous de suivi. Dans ce cas l'Hôpital de jour me contacte pour les aider à retrouver le patient et re planifier un rendez-vous. Je peux par ailleurs être amenée à accompagner certains patients qui ne parlent pas français pour les aider à faire leur éducation thérapeutique et leur expliquer les rendez-vous suivants.

Les Centres de Médecine de Réadaptation (CMR) ou les Sanatoriums reçoivent nos patients après leur sortie d'hospitalisation quand ils ne sont pas encore tout à fait prêts pour le retour à domicile. J'accompagne mes patients pour rendre le transfert d'une structure à l'autre plus lisse et efficace, sans perte de temps et d'information entre les structures. Je sers de liaison avec les médecins de la CMR de Bichat ou de Bligny pour résoudre les situations conflictuelles avec les patients difficiles et ayant un comportement inadapté aux structures de soins. Il m'est arrivé plus d'une fois d'éviter une exclusion d'un patient contagieux au comportement anti-social, grâce à quoi il a pu terminer son traitement.

Le Médiateur est également utile pour l'articulation entre le CMR et l'Hôpital de jour dans la poursuite de traitement en assurant la continuité

des soins pour le patient et l'adhérence thérapeutique après le retour à domicile.

Je fonctionne de la même façon avec les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les maisons de retraite. Le transfert d'un patient qui a passé souvent une très longue période au SMIT (parfois plus d'un an !) doit être soigneusement préparé et accompagné. J'ai l'habitude de venir avec le patient pour l'installation dans son nouveau LHSS ou EHPAD pour créer des liens humains avec la nouvelle équipe médicale et soignante. Il est primordial de partager les informations concernant les patients limités dans leurs fonctions cognitives ou non francophones, faire la transition aussi fluide que possible en présentant le patient personnellement à l'équipe qui prendra soin de lui.

Conclusion

Mes premiers mois à l'hôpital m'ont permis d'ores et déjà de mettre en pratique les acquis du DU et de prendre toute la dimension de la fonction.

Même si la mission de Médiateur consiste à améliorer les soins des patients en situation de vulnérabilité, les bénéfices sont nombreux quand à une meilleure efficacité des soins, comme la réduction de la durée d'hospitalisation et la diminution des risques de ré hospitalisation.

Le facteur clé de succès du rôle de Médiateur réside clairement dans sa capacité à s'intégrer avec l'ensemble des équipes médicales et des équipes soignantes, tâche de long terme à développer au quotidien.
J'ai eu la chance à ce titre de bénéficier d'un programme exhaustif de 15 jours d'intégration qui m'a permis de trouver rapidement une bonne articulation avec les principaux acteurs du service.

La Médiation en Santé au sein du SMIT de l'Hôpital Bichat est un travail à la pointe des enjeux sociétaux d'aujourd'hui qui préfigure l'hôpital de demain : un hôpital plus humain et plus adapté aux besoins des patients avec toutes leurs fragilités humaines, tout en assurant une meilleure efficacité des soins.