

Les obstacles et les échecs dans la médiation en santé

Skvorc Marko

Mémoire du Diplôme Universitaire en Médiation en Santé

UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS NORD

UFR SMBH

Année Universitaire 2025

Définition de la médiation en santé :

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.

Présentation :

Je travaille comme coursier sanitaire et social au sein de l'association CRC MRP (Centre de ressources pour la coordination des mini réseaux de proximité) depuis 2020.

C'est une structure d'appui aux médecins généralistes financée par l'ARS, afin de coordonner les parcours de soins de leurs patients en situation complexe et créer un contexte favorable à l'accès à la santé et aux droits.

C'est dans ce cadre-là qu'un médecin généraliste de Paris nous a sollicités d'intervenir auprès d'un couple de patients.

« Bonjour toute l'équipe !

Je vous contacte pour l'évaluation d'une situation sociale de deux personnes très liées dont je suis médecin traitant, que j'avais perdues de vue et que j'ai revues la semaine passée. Elles sont toutes les deux d'accord pour cette évaluation.

Il s'agit de M. David K., né le 13/05/1952, joignable au 06XXXXXX et M. Claude T., né le 19/06/1966, joignable au 06XXXXXXX. Ils vivent tous les deux ensemble au 14 rue de T, 75019 Paris.

M. Claude T. est sous la curatelle de M. David K., mais je n'ai aucun papier l'attestant, l'ancien psychiatre de M. David K. m'en avait informé au téléphone en 2020 quand je les ai rencontrés.

M. David K. est artiste peintre mais n'en vit pas. J'avais noté en 2020 qu'il percevait l'ASPA et qu'il avait un dossier MDPH en cours, je n'en sais pas plus.

M. Claude T. a été SDF avant de rencontrer M. David K. (il y a >20ans) il ne travaille pas, perçoit l'AAH (je l'ai noté en 2020).

Tous les deux me paraissent dépendants financièrement d'une troisième personne : M. Francis B., vivant 17 rue M., 75001 Paris. Le plus souvent ils sont tous les deux chez lui. Ce monsieur est bien plus âgé, près de 90 ans. Je ne le connais pas, ne l'ai jamais rencontré. Je ne sais pas s'ils sont liés par des contrats, des dons... en tout cas, David K. ne m'en a jamais parlé. Je m'inquiète du sort de David K. et de Claude T. quand Francis B. décédera et c'est le sens de ma demande : anticiper au mieux leur indépendance en tout cas financière en amont.

En parallèle, je reprends le suivi médical car ils ont tous les deux des maladies chroniques avec chacun un suivi infectieux et un suivi psychiatrique.

Concernant M. David K., il est en rupture de suivi psychiatrique mais j'appelle dès lundi son ancien psychiatre et sinon je l'adresserai au CMP du 19e.

Un très grand merci par avance,

Dr Sophie D. »

Il me semble important de préciser notre mode de fonctionnement et notre mode d'approche des patients que leur médecin nous oriente.

Après avoir reçu le signalement, nous prenons contact avec les patients afin d'organiser une visite à domicile.

Le premier contact téléphonique est important : Nous sommes attentifs à l'accueil que nous recevons, au degré de présence du patient (parfois il semble surpris et ne pas comprendre le sens de notre appel, même s'il a donné son accord formel), la maîtrise de la langue française, les premières questions portent sur leur domicile (sont-ils en mesure de nous recevoir pour une visite à domicile, sinon on prévoit un rendez-vous dans un café ou dans un lieu public).

Nous sommes également attentifs au degré de compréhension que manifeste le patient vis-à-vis des tâches que nous aurons à accomplir et, incidemment, nous évaluons dès ce premier contact les risques de malentendus ou d'incompréhension. Dans les situations faciles, un seul intervenant sera sollicité, dans des cas plus difficiles, il sera préférable de prévoir une visite à deux.

Suite à ce premier contact téléphonique, nous organisons une visite, le plus souvent au domicile du patient. Cette visite nous permet d'évaluer le cadre de vie du patient, l'appui de son entourage, et les documents dont il dispose. Si le patient prend un traitement, nous vérifions si son ordonnance est à disposition, lisible et comprise, et l'observance qu'il a de ce traitement.

Nous demandons au patient quels sont les suivis dont il bénéficie, suivi médical, suivi hospitalier, suivi psychiatrique. Nous demandons également quel est son suivi social. Ce diagnostic nous permet de définir quelles sont les aides dont il peut bénéficier, et quelles sont les étapes pour y parvenir.

Nous nous assurons de la compréhension du patient et de sa participation aux tâches que nous devons accomplir. Nous essayons de donner le maximum d'espace au patient pour qu'il puisse formuler ses propres demandes et le cas échéant sa propre vision du chemin à suivre.

C'est dans l'écoute active que nous arrivons petit à petit à la fin de la première entrevue à prévoir les différentes démarches à accomplir, quelles sont celles qui incomberont au patient, celles que nous effectuerons nous-mêmes, et celles que nous effectuerons ensemble.

Prise en charge d'un couple de patients :

Premiers rendez-vous :

David K. et Claude T., tous les deux homosexuels, se connaissent depuis plus de vingt ans, actuellement, ils sont plutôt dans une situation de compagnonnage que dans une relation d'amants. Ils se considèrent comme des artistes peintres (même s'ils n'ont pratiquement jamais vendu leurs toiles) et ils présentent un troisième personnage, Francis B., plus âgé, comme leur mécène. Bien qu'ayant un logement à eux, ils vivent chez ce monsieur qui dispose d'un grand appartement dans le centre de Paris. Malgré son grand âge (plus de 90 ans), Francis dispose d'un certain degré d'autonomie, ce qui ne les empêche pas de se présenter comme « aidants ». David connaît Francis depuis 35 ans, ils ont eu probablement une liaison épisodique au début de cette période. Depuis, Francis aurait détecté un talent artistique chez lui et aurait proposé de financer tous ses projets.

Sur le plan psychologique, les deux patients ont des problèmes assez sérieux, David présente une névrose mégalomane et des troubles du comportement allant parfois jusqu'à la violence. Claude présente un retard mental depuis sa naissance et il est en

incapacité de gérer sa situation administrative lui-même (il avait été sous curatelle de David mais la curatelle s'est interrompue, n'ayant pas été renouvelée). Les deux sont séropositifs pour le VIH, prennent un traitement efficace avec une bonne observance et suivi régulier par l'infectiologue à l'hôpital Pitié-Salpêtrière. En revanche, le suivi et le traitement psychiatrique ne sont pas respectés la plupart du temps.

David disposait d'une ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) et Claude d'une AAH (allocation aux adultes handicapés). Nous avons proposé de faire une demande d'APL (Aide Personnalisée au Logement), une demande de CSS (Complémentaire Santé Solidaire), afin de leur permettre un certain volant d'autonomie.

Obstacles :

Sur le plan strictement administratif, ils n'avaient pas d'avis d'imposition et Claude n'avait pas de justificatif d'identité. Il fallait dans un premier temps récupérer les avis d'imposition, et ensuite la demande de passeport et de CNI pour Claude.

Mais le principal obstacle était humain, concentré sur les problèmes psychologiques de ces deux patients. A titre d'exemple, nous avons fait la pré-demande en ligne pour renouvellement de pièce d'identité, et pris un premier rendez-vous en mairie. Par manque de patience et manque de civilité de leur part (les agents de la mairie ont dû appeler un agent de sécurité et même la police), le rendez-vous a tourné court.

Lors du deuxième rendez-vous, nous avons accompagné Claude et le rendez-vous s'est bien passé.

Pour la demande d'APL, nous nous sommes rendu compte que Francis, en plus de payer toutes leurs factures et charges, leur octroyait des dons généreux et déclarait ces sommes aux services des impôts. De ce fait, ils n'étaient pas éligibles à une demande d'APL.

David a disparu des mois durant un voyage en Chine, puis en Italie et en Égypte. Dans son voyage en Égypte, il suit une personne, M. Amro S., Égyptien, le voyage pour eux deux est payé par le mécène.

Il faut se représenter que dans sa vision de sa qualité d'artiste, David n'avait aucun frein à toutes sortes de dépenses, personnelles ou pour ses proches. Pour mettre ses œuvres en vente (de fait il ne les vend pas) il paie un comptable, deux informaticiens pour son site, un photographe. Et dans ce voyage en Italie puis en Égypte, David s'offre le luxe d'entretenir un personnage désargenté (en plus de Claude qu'il entretient depuis des années, avec l'argent de Francis), qu'il présente comme aidant (sous prétexte qu'il lui descendait ses tableaux dans la cave).

Durant son séjour en Égypte, il m'envoie des SMS m'informant que Amro lui réclame d'autres sommes d'argent, sous des prétextes farfelus et peu crédibles. Il se plaint d'avoir été battu par Amro alors qu'il était hébergé dans sa famille.

J'observe que David ne tire jamais les leçons de ses imprudences. Ses plaintes tournent toujours autour du même refrain, c'est la faute des autres, ou la faute de l'administration française. Ainsi, quand, suite à un signalement de la banque, une mesure de protection est décidée en urgence pour protéger Francis, David accuse l'administration française de manquer de cœur ou de souplesse.

Il se sent donc comme un génie incompris qui doit bénéficier de toutes sortes de faveurs (en comprenant aussi bien celles du mécène et celles imaginaires qui incomberaient à la société reconnaissante). Ces dernières semaines, il m'écrivait des dizaines de messages décrivant toutes les injustices supposées qu'il subirait.

Suite à la mise sous curatelle de Francis, ce dernier n'est plus en mesure de payer toutes les factures de David et de Claude, nous essayons de trouver des solutions aux problèmes de David et de Claude, un par un, notamment en leur redemandant une CSS, et malheureusement, dans le même temps, David souscrit une nouvelle mutuelle, payante, alors qu'il a encore des dettes vis-à-vis de son ancienne mutuelle. Peu de temps après, sa banque lui ferme son compte, à cause de découverts trop importants. Il n'est donc plus en mesure de recevoir son ASPA, et comme citoyen américain, il lui est très difficile d'ouvrir un compte dans une autre banque (car on lui réclame de justifier qu'il n'est pas attaché fiscalement aux États-Unis, ce qu'il est bien incapable d'obtenir). Nous avons réussi, après trois ou quatre mois de démarches auprès de la Banque de France, à lui réouvrir un compte bancaire.

Manifestement, son état psychologique menace tous nos projets de réinsertion, notamment par ses imprudences financières, et son manque total d'anticipation des éventuels problèmes qui le guettent (tels que dettes de loyer, téléphone, EDF, risque de découverts, prévoyance santé, etc.).

En coordination avec leur médecin traitant, nous l'adressons et l'accompagnons dans un suivi psychologique/psychiatrique au CMP, ils acceptent (David avec réticence) l'accompagnement aux deux premiers rendez-vous, mais n'honorent pas les rendez-vous suivants (David - « Je suis pas zinzin »). Il faut signaler que, quelques mois auparavant, j'avais trouvé chez Francis un compte rendu de passage aux urgences, qui signalait que David avait été admis dans cette unité à la suite d'une agression envers une infirmière de Francis alors même que celle-ci prodiguait des soins à Francis. Cela a provoqué l'arrêt de l'intervention de l'infirmière auprès de Francis. Des informations recueillies auprès de M2A sur le suivi de Francis faisaient état d'hématomes retrouvés sur sa personne, suite à des coups portés par David. Toujours en collaboration avec le médecin, nous avons estimé que David et Claude devaient également bénéficier de mesures de protection telles que mise sous curatelle, mais juste avant le rendez-vous prévu avec le médecin expert, tous les deux se sont défilés.

Nous avons fait un signalement auprès de la M2A (Maison des Aînés et des Aidants) et auprès de la mairie (CASVP), pour obtenir un appui dans l'accompagnement.

Nous avons tenté de négocier avec David l'intérêt pour lui d'accepter une mesure de protection, il a accepté dans un premier temps et s'est éclipsé la veille du rendez-vous avec le médecin, comme antérieurement. Son compte bancaire rétabli, il touche le rappel d'ASPA, récupère l'argent de son assurance-vie, au total environ 30 000 euros, et dépense tout en 20 jours, sans avoir réglé ses dettes locatives (par contre il a payé ses intervenants particuliers, comptable, informaticien).

Lors d'une réunion avec l'assistante sociale, nous tentons de trouver une solution de logement, suite à une menace d'expulsion, mais toutes nos propositions sont écartées par David, dont la nouvelle lubie est de partir en Chine, avec l'idée d'ouvrir un centre culturel avec un ami chinois, qu'il serait censé gérer !!! Après cette mise en échec de toutes nos propositions, nous décidons l'arrêt de la prise en charge de David et de Claude, en passant le relais à la M2A et à l'assistante sociale.

Peu de temps après, Francis est mis en EHPAD temporaire afin de faciliter la désinsectisation de son appartement (punaises de lit) et le couple ne peut plus bénéficier de cet appartement qu'il occupait auparavant presque à temps plein. David et Claude se rabattent sur leur propre logement, toujours sous la menace d'une expulsion mais, comme ils sont censés partir en Chine, pour eux, il n'y a pas de problème.

Alors, d'un côté, il y a le point de vue de David et Claude, qui ne voient d'obstacle que le manque d'argent pour partir en Chine, ils attendent donc que leur bienfaiteur puisse retrouver une marge pour payer leur voyage et multiplient les menaces de procès contre le curateur, le directeur de l'EHPAD, bref, tout ce qui marque la protection de Francis (Ils sont interdits d'entrée dans l'EHPAD depuis qu'ils ont été surpris à harceler d'autres résidents en leur demandant de l'argent)

Et d'un autre côté, nous, les professionnels, qui les suivons, qui ne croyons pas en ce voyage en Chine et qui sommes empêchés de trouver des solutions concrètes pour éviter qu'ils se retrouvent à la rue.

Conclusion :

Ce qui apparaît dans cette observation et dont j'ai trouvé une résonance dans ma formation de médiation, c'est que les professionnels que nous sommes, coursiers ou médiateurs, devons dans un premier temps essayer de comprendre pleinement le point de vue du patient de façon à l'accompagner dans ses projets. Mais dans un deuxième temps, il nous faut comprendre les obstacles et les risques d'échec vers lesquels risquent de nous

entraîner les patients si nous n'exerçons pas notre sens critique afin de dégager les solutions réalisables de celles qui ne le sont pas. Tel est me semble-t-il tout l'enjeu de la médiation. Savoir en même temps être à l'écoute du patient pour ne pas le dévier de ses aspirations profondes, et même temps, savoir garder une certaine distance pour éviter de coller à des projets irréalisables.

Il est important d'adopter une posture d'écoute active, d'aller-vers, de garder une position de non jugement, une utilisation maîtrisée de son réseau pour orienter, accompagner, autonomiser.

Mais cette notion même d'autonomisation nous enjoint en même temps de trouver le chemin pour permettre à des personnes très marginalisées et désocialisées de retrouver peu à peu elles-mêmes les repères qui leur permettent de bénéficier des dispositifs existants.

Dans ce cas, et ce n'est pas facile, le manque d'autonomie de ces patients est lié à leur état psychologique ou psychiatrique. Pour David, le problème est plutôt psychiatrique alors que chez Claude, le problème est plutôt un handicap mental qui le met à la merci, si on peut s'exprimer ainsi, de la folie de David.

Devant leur refus ou la mise en échec de tout suivi psychologique ou psychiatrique – avec toutes les limites de ce que serait un « suivi correct » –, nous sommes confrontés à la nécessité d'initier des mesures de protection, ce qui est l'une des procédures les plus difficiles à mettre en œuvre. En effet, pour qu'une mesure de protection soit suivie d'effet, il faut au minimum qu'il y ait une expertise médicale, ce qui sous-entend une acceptation par le patient de cette visite. L'autre solution serait l'hospitalisation sous contrainte, mais celle-ci obéit à des règles particulières et nous devons œuvrer entre deux périls, celui de laisser un patient aller à sa perte, et celui de perdre sa confiance parce que l'on aura agi d'une manière un peu trop précipitée.

Il apparaît que non seulement le chemin est étroit pour trouver la réponse la plus adaptée dans une situation donnée, mais que déceler une fenêtre d'ouverture pour mettre en œuvre cette réponse est encore plus délicat. Quel est le moment opportun pour avancer ses solutions, celui qui rencontrera au mieux une adhésion du patient, ou du moins un consentement ? Comment la situation aurait-elle évolué si nous avions demandé pour nos patients une demande de protection plus tôt ? Il aurait été possible, mais à un prix élevé, de coordonner nos efforts avec ceux des psychiatres pour obtenir, au moins concernant David, une hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers, pour motif psychiatrique et mise en danger de soi-même ou d'autrui, et profiter de cette hospitalisation sous contrainte pour mettre en œuvre une mesure de protection mais on comprend bien qu'utiliser cette méthode « radicale » signe en même temps une certaine forme d'échec de la médiation. Tel est le dilemme auquel les médiateurs risquent de se trouver confrontés dans le juste équilibre qu'ils recherchent pour accompagner un patient au mieux dans son parcours.

