

Profession : médiatrice en santé auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité

Entretien avec Capucine de Durand,

sage-femme, médiatrice en santé, association Asalée, 13^e arrondissement de Paris.

La Santé en action : **Quelles personnes accompagnez-vous ?**

Capucine de Durand : Je suis médiatrice en santé auprès des personnes en situation de grande vulnérabilité, l'une des quatre de l'association Asalée¹. Cette dernière a été fondée en 2004, est financée essentiellement par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) et salariée 1 500 infirmières de prévention qui travaillent au quotidien avec les médecins généralistes dans les cabinets médicaux ou dans les maisons de santé, essentiellement pour des patients atteints de maladies chroniques, pour lesquels ils organisent des parcours d'éducation thérapeutique. Il y a deux ans, Asalée a lancé cette expérimentation en recrutant trois médiateurs de santé à Paris (13^e et 18^e arrondissements) et une à Strasbourg. Je travaille en lien étroit avec deux maisons de santé réunissant des professionnels à Paris dans le 13^e arrondissement.

Les personnes que j'accompagne rencontrent des difficultés à se soigner du fait, par exemple, de la barrière de la langue. Elles ne sont pas en situation de pouvoir comprendre le fonctionnement du système de santé, elles font face à des ruptures dans leur parcours de soins dues au contexte défavorable dans lequel elles vivent. La santé n'est pas leur priorité, car elles sont assaillies par des problématiques relevant de l'urgence : menaces d'expulsion de leur logement, situation de semi-errance ou de logements temporaires, familles

monoparentales où la mère fait passer la santé de l'enfant avant la sienne, ou encore personnes exilées n'ayant pas accès à un travail et à des ressources. Il y a aussi la fragilité numérique de ces personnes, certaines ne savent pas lire et écrire, et le virage numérique des formalités administratives, qui se substitue au dialogue direct, ne permet pas les interactions que le dialogue permettrait : tout cela entrave l'accès aux droits et aux soins.

S. A. : **Comment les patients vous sont-ils adressés ?**

C. D. D. : Majoritairement par les médecins généralistes. Mon bureau jouxte une maison de santé et je tiens une permanence dans une autre maison de santé, les deux sont situées dans des quartiers de la politique de la ville (QPV). Je travaille en permanence en pluridisciplinarité avec une infirmière de prévention Asalée – nous officions en binôme, et avec les autres professionnels qui officient en libéral dans ces deux maisons de santé : médecins, infirmières, sages-femmes, orthophonistes, etc. L'infirmière assure la prise en charge médicale en appui du médecin, essentiellement sur des pathologies chroniques : diabète, hypertension, pathologies cardiovasculaires, mais aussi sevrage tabagique et autres.

S. A. : **Quand le médecin vous sollicite-t-il ?**

C. D. D. : Le médecin me passe la main quand il se retrouve lui-même en trop grande difficulté pour comprendre la situation globale d'un patient. Notre accompagnement est ciblé sur les personnes en situation de précarité. Le poste de chacun des médiateurs a été profilé en

L'ESSENTIEL

■

▣ Dans le cadre d'une expérimentation, l'association Asalée a recruté il y a deux ans quatre « médiateurs en santé » qui font le lien entre la personne, le médecin généraliste, l'infirmière et les autres professionnels de santé et du social afin de faciliter l'accès aux droits et aux soins, en prenant en compte les conditions de vie de ces patients : logement précaire, insécurité alimentaire, isolement, etc. Témoignage de Capucine de Durand, médiatrice à Paris dans un quartier prioritaire de la ville.

fonction des observations de terrain des infirmières : à partir du recueil des besoins, nous construisons un accompagnement adapté. Un médecin généraliste qui visite à domicile un patient vivant dans un logement précaire se rend compte qu'il ne peut plus exercer son métier de soignant, car la personne est confrontée à des problèmes d'ordre économique, social ou d'isolement tellement envahissants qu'ils ne peuvent plus mettre en place une prise en charge médicale.

S. A. : **Comment se déroule un rendez-vous avec un patient ?**

C. D. D. : Les situations de nos patients sont très variables : dans certains cas, un rendez-vous peut suffire pour débloquer l'accès aux droits à l'Assurance Maladie, dans d'autres cas, nous suivons les personnes sur la durée. L'objectif est de pouvoir les accompagner correctement, donc je prévois au maximum quatre consultations par jour et je peux consacrer quatre heures à une personne,



une heure de rendez-vous puis trois heures de travail pour lui permettre d'accéder à ses droits et aux soins : vers quelle structure l'orienter, organiser des réunions avec l'ensemble des professionnels pour se coordonner, etc. Nombre de nos patients vivent des situations très complexes, donc le rendez-vous dure le plus souvent une heure afin qu'il y ait du temps pour l'écoute. Je leur laisse le plus possible la parole, je respecte leur temporalité.

S. A. : Dans quelle démarche collective s'inscrit votre intervention de médiation ?

C. D. D. : Ce travail en direct avec les patients n'est qu'une partie de ma mission : à Asalée, nous travaillons en réseau, et je participe entre autres au groupe de travail national sur la précarité : nous échangeons nos expériences, analysons les pratiques et nous nous formons. Je participe aussi tous les mois à des réunions

pluri-professionnelles au cours desquelles nous échangeons sur des situations précises de patients. C'est un travail collectif. Avec ma collègue infirmière de prévention, nous avons élaboré un carnet d'adresses et de ressources locales, et mis en place des partenariats avec des structures locales. Nous venons de créer des ateliers de groupe de relaxation et gestion du stress pour les femmes isolées, ateliers désormais organisés chaque mois par petits groupes – six personnes – pour les aider à apprendre à respirer et à se détendre, car elles font face à une charge mentale très forte du fait de l'isolement et de la précarité, qui provoquent aussi une insécurité psychologique.

S. A. : Qu'apportez-vous aux patients et quelles sont les limites de votre accompagnement ?

C. D. D. : Ce que nous leur apportons le plus, c'est – avant même de pouvoir répondre concrètement à leurs attentes, ce que nous ne parvenons pas toujours à faire – le fait d'être à leur écoute : cela les restaure dans leur dignité. La gratitude qu'ils nous renvoient est la marque de leur reconnaissance. Ensuite, le plus difficile est de remplir avec eux les multiples formalités administratives, et dans certains cas, les accompagner jusqu'aux rendez-vous.

J'accompagne des personnes qui ont des combats à mener au quotidien, et veulent vivre dignement, c'est-à-dire s'en sortir par eux-mêmes autant que possible. Ma force pour les accompagner, c'est le temps dont je dispose : je peux me placer au niveau de compréhension de la personne, réexpliquer si elle n'a pas compris et l'aider à comprendre le fonctionnement du système de santé pour accroître son autonomie. Une difficulté majeure est le manque de moyens et de reconnaissance du secteur médico-social, dont dépendent nombre de nos patients vulnérables.

S. A. : Un exemple des personnes que vous accompagnez ?

C. D. D. : XX, 61 ans, a fait un AVC diagnostiqué tardivement, puis a perdu son emploi, sans percevoir aucune allocation chômage ou

sociale... Le médecin généraliste me l'adresse, car il lui est impossible de bâtir avec lui un parcours de soins. XX a des urgences vitales à affronter au quotidien : comme il ne peut plus payer son loyer, il est menacé d'expulsion de son logement. J'accompagne AS depuis six mois, je suis l'interface, je fais le lien entre les professionnels de santé, du social et les bénévoles. Nous avons mobilisé les acteurs locaux et sommes parvenus à l'insérer dans un service social de la mairie de Paris pour qu'il puisse accéder à l'accompagnement auquel il a droit. Nous avons pu le réinscrire à Pôle emploi pour qu'il puisse percevoir les indemnités qui lui étaient dues. Nous l'avons mis en contact avec une association qui lui procure une aide alimentaire alors que son alimentation ne reposait que sur quelques denrées que lui apportaient des proches et riverains. Nous l'avons mis en lien avec la fondation Abbé Pierre pour l'accompagner et nous prenons actuellement les dispositions pour qu'il ne se retrouve en aucun cas à la rue. C'est cela, mon métier de médiatrice : je suis la professionnelle qui a la vision la plus globale de la situation de la personne, je fais le lien entre tous les professionnels qui travaillent chacun sur leur champ. Je suis un trait d'union. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Créée en 2004, l'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération entre médecins généralistes et infirmiers, en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. L'association a notamment élaboré des protocoles de délégation d'actes et d'activités (coopération) entre le médecin généraliste et l'infirmier pour deux dépistages (troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique) et deux suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire). L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

Pour en savoir plus :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante