

RESEAU INTERMED

Département du Var

BILAN D'ACTIVITÉ 2021

Le Réseau Intermed est un
outil de lutte contre les
inégalités de santé

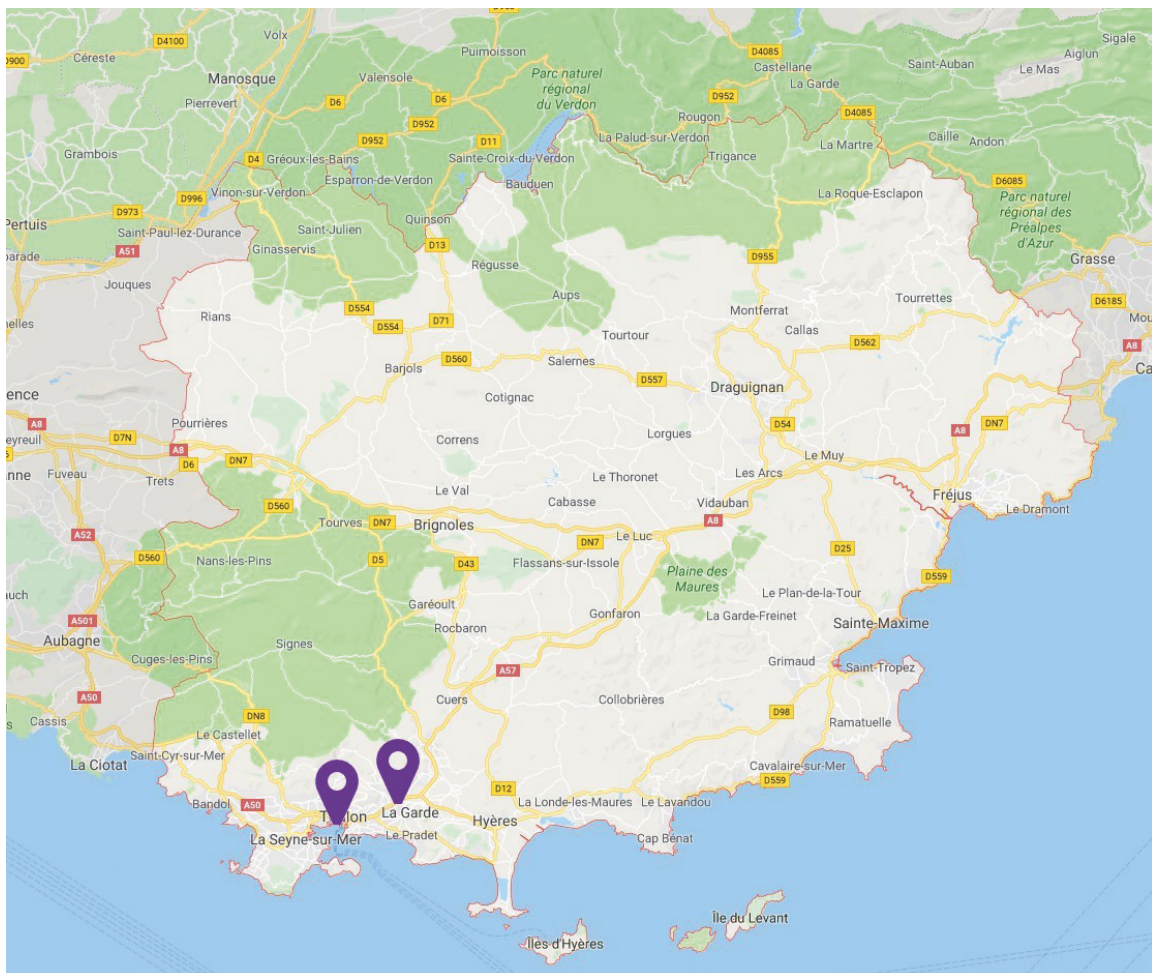
RESEAU INTERMED
144 rue Garibaldi, 69006 Lyon
www.intermed-reseau-sante.fr



RESEAU INTERMED

Département du Var

Le Réseau Intermed a commencé sa mission en janvier 2021 dans le Var, avec des interventions dans les résidences sociales de Toulon et de La Garde. Fin 2021, l'équipe était composée de 2 IDE (1,8 ETP).



Profil type du bénéficiaire de la mission socle
Un homme (83%), de 76 ans, maghrébin (47%)
(à noter que 44% de ce public est un homme
français, âgé de 56 ans en moyenne)

LES BÉNÉFICIAIRES

En 2021, 73 bénéficiaires ont reçu au moins une médiation ou une coordination dans le Var.

Répartition entre les 2 grandes missions :

Socle	ADOMA (résidence sociale et pension de famille)	72 bénéficiaires 99%
Asile	Réfugiés, demandeurs d'asile chez Adoma	1 bénéficiaire 1%

Nombre de dossiers ouverts dans l'année

65 dossiers sur 73 (89%) suivis dans le Var ont été ouverts dans l'année.

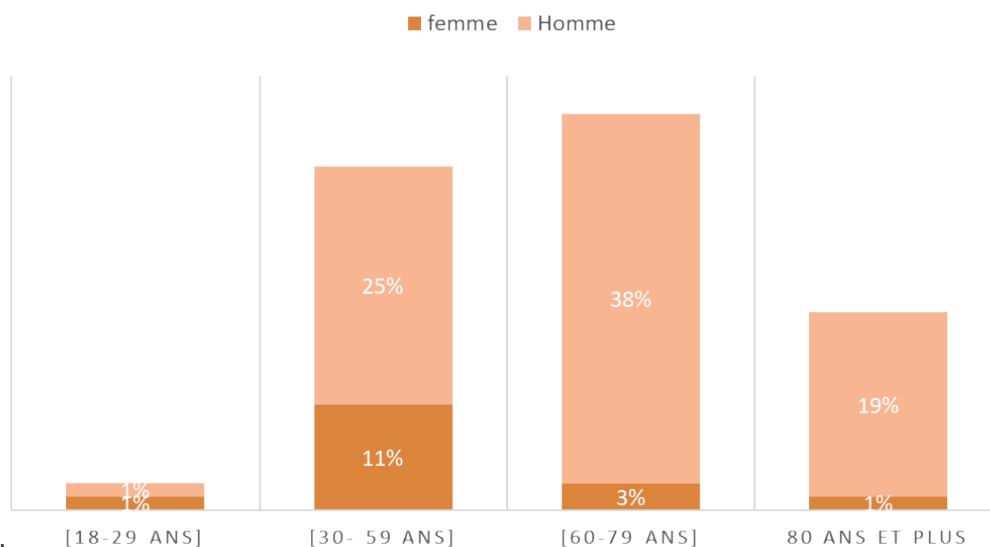
Dossiers clôturés dans l'année 7 dossiers sur 73 (10%)

Dossiers actifs au 31 décembre 66 dossiers sont actifs fin 2021.

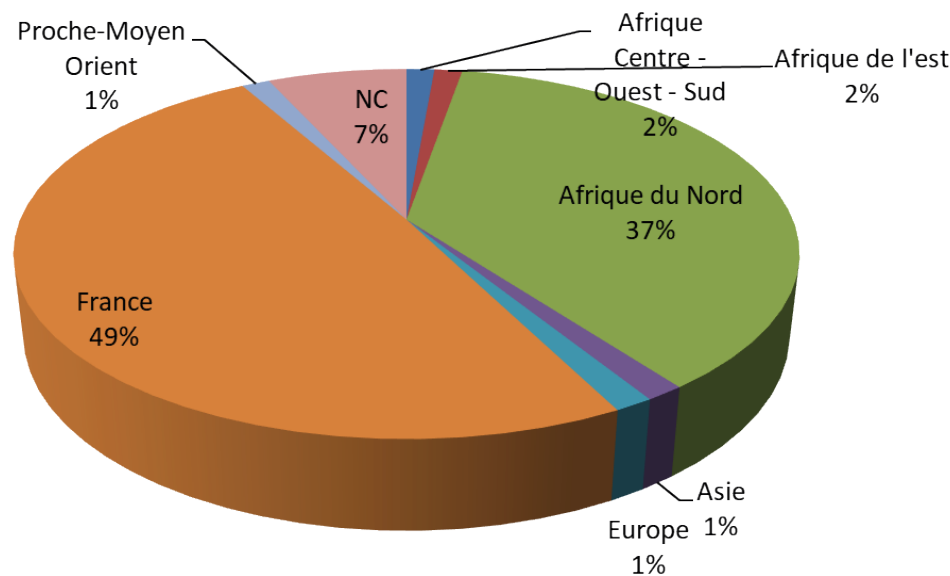
Durée moyenne d'accompagnement Les dossiers sont suivis, en moyenne, 2 mois.

Âge moyen : 63 ans

84% d'hommes
16% de femmes



L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

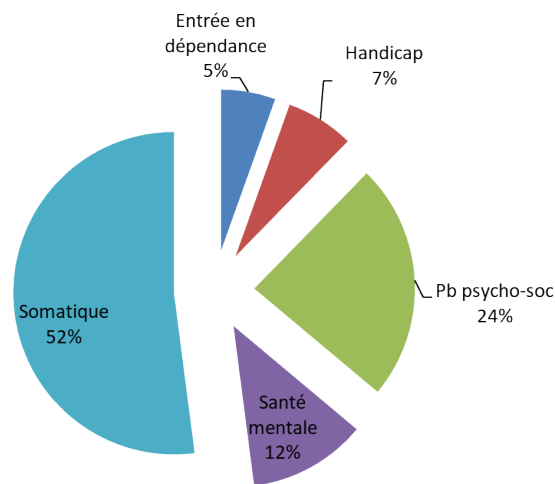


LES PROBLÉMATIQUE

219 problématiques, soit 3 problématiques par personne suivie.

Les problématiques somatiques regroupent maladies chroniques, diabète, infectiologie, cardiovasculaire, chirurgie...
Les problématiques psychosociales concernent absence de droits/ressources, isolement, incurie, refus de soins, conflits de voisinage...

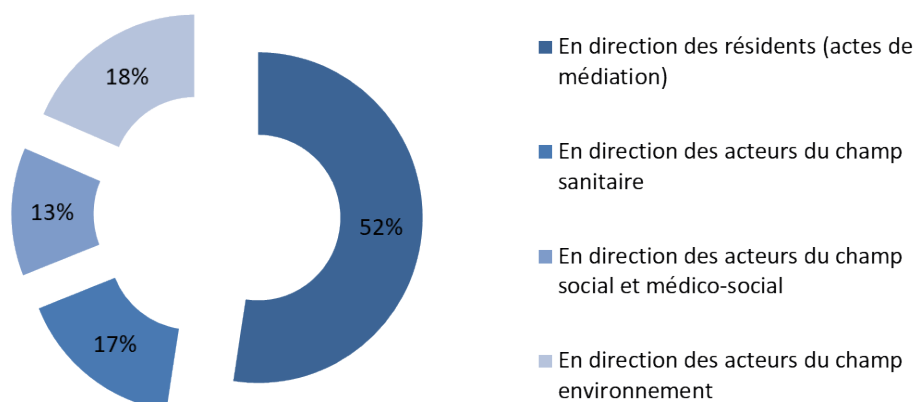
Les questions de santé mentale touchent aux troubles du comportement, dépressions, psychoses, conduites suicidaires. Sont également comptabilisées sous cet item les orientations vers les psychologues des équipes du Réseau Intermed.



LES ACTES

1362 actes de médiation et de coordination sur la période
soit 19 actes par personne.

Ces actes de médiation/coordinations se répartissent ainsi :



Nombre total des résultats sur la période pour la mission socle

168 + 7 entraves + 2 synthèses

177, soit 8 actes pour un résultat environ.

- En direction des acteurs du champ sanitaire (médecine de ville, hospitalière, équipes mobiles, paramédicaux, cabinets infirmiers...) : 135 résultats
- En direction des acteurs du champ social et médico-social : 23 résultats
- En direction des acteurs du champ environnement : 10 résultats



" Une situation complexe, post-hospitalisation "

Lors de mon arrivée à la résidence de Toulon, j'ai connaissance d'un monsieur qui sort d'une très longue hospitalisation. Une dizaine de jours après sa sortie de l'établissement de santé, je le rencontre et prends contact avec l'assistante sociale avec qui il était en lien là-bas et avec le secrétariat médical, pour récupérer tous les éléments médicaux nécessaires à sa prise en charge. Monsieur me semble avoir quelques difficultés cognitives également, et boîte beaucoup : il me dit avoir mal au pied.

L'assistante sociale m'informe qu'une aide-ménagère doit intervenir dans le cadre d'une ARDH . Or, le monsieur et le responsable de résidence m'expliquent que personne n'intervient chez lui. Je contacte donc à nouveau l'assistante sociale afin de connaître l'organisme qui devait intervenir. Une fois l'information reçue, je me rapproche de ce dernier : il se trouve qu'il n'avait pas été informé du retour à domicile du monsieur. Je sollicite donc cet organisme pour que la mise en place se fasse le plus rapidement possible.

Comme je l'ai évoqué, parallèlement, le monsieur se plaint de douleurs au niveau de son pied (il a été opéré d'une fracture du péroné, malléole, pied le 23 août 2021). Je souhaite donc prendre rendez-vous avec son médecin traitant afin de refaire le point et, éventuellement, avec son chirurgien, de façon à respecter le parcours coordonné et faire le point sur le plan cognitif. J'apprends alors que le médecin traitant de ce monsieur a arrêté son activité professionnelle et n'a pas de remplaçant.

Je recherche donc un nouveau médecin traitant. Malgré la difficulté de la tâche, j'arrive finalement à trouver un docteur qui accepte de le recevoir pour faire un bilan sur son pied algique. Il refuse cependant catégoriquement de le suivre. Il prescrit un traitement antalgique, des radiographies, des séances de kinésithérapie, une visite chez le podologue pour une prescription de semelles, une paire de chaussures CHUT et des soins infirmiers – notamment aide à la toilette car monsieur aurait bien des troubles cognitifs et n'a pas une hygiène correcte. Je l'accompagne à la pharmacie. Alors que le pharmacien met sa carte vitale à jour, il me signale que monsieur ne bénéficie ni de mutuelle, ni de CSS .

Je contacte donc une nouvelle fois l'assistante sociale du SSR , par mail. Celle-ci me confirme qu'il n'a pas de mutuelle et qu'il gagne « trop » pour bénéficier de la CSS... Après quatre mois d'hospitalisation, sa dette est, bien sûr, conséquente. Me voilà donc bloquée dans la mise en œuvre des soins et du bilan cognitif.

Je me rapproche alors du responsable de résidence pour lui exposer la situation. Ce dernier m'informe que monsieur ne dispose pas de compte courant : il n'a qu'un livret. Aucun prélèvement ne peut donc être réalisé. Il faudrait qu'il ouvre un compte courant et autorise, d'une part, les prélèvements d'une mutuelle (abordable) et, d'autre part, le remboursement de sa dette. Cependant, monsieur refuse de payer les soins, la mutuelle et d'ouvrir un compte courant.

La situation reste bloquée.

Face à la complexité de cette situation, je signale le dossier à la RIS , qui contacte le Conseil départemental. Je m'entretiens avec l'enquêteur social saisi : le dossier devrait être pris en charge par une assistante sociale afin de débloquer rapidement la situation pour monsieur ait accès aux soins dont il a besoin.

Nathalie Rainaud, infirmière de médiation et de coordination santé Var

*Aide au retour à domicile après hospitalisation.
Complémentaire santé solidaire.
Soins de suite et de réadaptation.
Responsable insertion sociale.*



« La reprise du lien avec son médecin traitant a été essentielle pour l'accompagnement que j'ai proposé par la suite à ce résident. »

Monsieur « Mademoiselle ». Je choisis d'utiliser ce nom d'emprunt pour ce monsieur qui est résolu à appeler « mademoiselle » toutes les femmes à qui il s'adresse, sans faire cas de l'âge, et cela fait le plus souvent sourire. Ce monsieur Mademoiselle, ma première saisine au sein d'Intermed, illustre, en mon sens, parfaitement la définition du mot « complexe ».

Isabelle, responsable de la résidence de Toulon, m'alerte d'une situation complexe, qui dure depuis plusieurs années. Il s'agit de monsieur Mademoiselle. 73 ans, d'origine Tunisienne : un chibani, comme on dit. Il souffrirait vraisemblablement d'un syndrome de Diogène. Il semblerait de plus qu'il n'ait plus accès à ses toilettes : il a été surpris par l'ouvrier de maintenance en train de déféquer dans les parties communes. Isabelle m'informe :

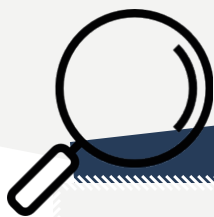
- que les enfants de monsieur refusent tout dialogue, intervention ou mise en place d'une mesure de majeur protégé, et qu'une procédure d'expulsion est en cours ;
- de la crainte d'Adoma et de celle des voisins d'un important risque incendie ;
- de son inquiétude vis-à-vis de la dégradation de l'état de santé psychique de monsieur Mademoiselle, qu'elle ne croise d'ailleurs plus depuis quelques semaines ;
- du trouble du voisinage qui prend place, en lien avec la prolifération de nuisibles.

La saisine d'Isabelle et de la RIS est qu'Intermed intervienne pour faire hospitaliser monsieur Mademoiselle afin qu'il se soigne, et pour permettre l'intervention d'une entreprise de nettoyage et de désencombrement. Les premiers objectifs que je me fixe sont les suivants :

- Rencontrer monsieur Mademoiselle. Il me semble important de croiser les regards. Percevoir la situation à travers ma posture de professionnelle de santé me permettra de définir mon champ d'intervention auprès de ce résident. Je souhaite donc établir le contact en vue de tisser du lien, et bâtir les fondations d'une relation de confiance par le biais du soin relationnel pour pouvoir travailler l'adhésion à un accompagnement.
- Faire de l'appui-conseil auprès d'Adoma en proposant une stratégie d'action : prendre contact avec le docteur JCOMMEJOIGNABLE, le médecin traitant de monsieur Mademoiselle, afin de bénéficier de son expertise médicale et d'amorcer un travail en interdisciplinarité.

Le docteur J connaît bien monsieur Mademoiselle : il venait souvent au cabinet, avant le début de la crise sanitaire. Peut-être que les consultations sur rendez-vous représentent un obstacle à la venue de monsieur ? Le docteur m'informe qu'il est atteint d'une psychose diagnostiquée et traitée, mais qu'il n'est pas venu renouveler son traitement depuis son dernier rendez-vous. Il souffre également d'un diabète de type 2 non équilibré. Je lui fais part des inquiétudes de la RR et de la RIS et coordonne un rendez-vous au domicile de monsieur Mademoiselle afin qu'elle le rencontre et rende auprès de la RR et de la RIS son avis médical concernant une possible hospitalisation. Le jour du rendez-vous, monsieur Mademoiselle est absent, mais la prise de contact entre Adoma et le médecin permet à ce dernier de se rendre compte des difficultés de son patient.

*La responsable insertion sociale.
La responsable de résidence.*



Mon objectif principal est de réintégrer monsieur Mademoiselle au sein d'un parcours de soin, et de limiter les risques de rupture. Après quelques tentatives infructueuses, je finis par rencontrer monsieur Mademoiselle. Il sort sur le pas de sa porte, peu vêtu : de grande taille, il présente un surpoids évident. Il est sale : des cafards se carapotent de part et d'autre de ses pieds, nus. Je me présente et lui propose de l'accompagner au cabinet de son médecin traitant. Il n'a pas l'air de bien comprendre le français, mais il sourit et accepte aussitôt. Il me demande quelques instants, et ressort vêtu d'une tenue, toujours sale mais néanmoins adaptée à la saison. Je note également l'effort d'une chemise. Il transporte dans son sac cabas ses résultats d'analyses, ses ordonnances et sa carte vitale : il a bien compris ce que je lui proposais. En chemin, je joins le docteur J, qui accepte de nous recevoir sans rendez-vous. Cette reprise de lien est essentielle pour l'accompagnement que je proposerai par la suite. Lors de la consultation, il s'avère que monsieur Mademoiselle, malgré un français approximatif, tient un discours cohérent. Il connaît et gère seul ses traitements, et la pharmacie a même pu lui en avancer certains. Une hospitalisation est exclue. Deux axes d'accompagnement se profilent :

- Le premier est d'accompagner Monsieur dans son parcours de soins en évitant une nouvelle rupture, et de rouvrir ses droits à la CSS .

- Le deuxième est une mise en sécurité, en accompagnant monsieur à vivre dans son logement sans risque sanitaire, en collaboration avec Adoma.

Stratégiquement, je commence par me concentrer sur le premier axe. Monsieur Mademoiselle a besoin d'un accompagnement physique pour ses rendez-vous. Mis à part ses rendez-vous au laboratoire et chez le dentiste, qu'il gère seul, il demande ma présence. Lors d'un bilan de contrôle, une sévère anémie est décelée. Puis, monsieur Mademoiselle attrape la COVID. Il me contacte, et m'explique qu'il effectuera sa convalescence chez son fils, médecin à Marseille. Dès son retour, il me contacte à nouveau pour reprendre ses rendez-vous en cours. J'organise ceux-ci en urgence et coordonne son intervention chirurgicale. À ce jour, divers examens sont en cours et l'accompagnement d'Intermed se poursuit.

Concernant le deuxième axe d'accompagnement, au sujet du logement de Monsieur Mademoiselle, le point est fait avec la responsable insertion sociale et la responsable de résidence sur les nombreuses démarches à effectuer pour accompagner monsieur Mademoiselle à sortir de cette situation.

Après avoir pris contact avec les partenaires mobilisables et avant de solliciter la MAIA, je tente, en collaboration avec Adoma et les travailleurs sociaux, mais peut être que la fibre du soin peut fonctionner avec son fils médecin. Monsieur Mademoiselle adhère à cette idée, mais lorsque je tente de lui demander les numéros de téléphone de ses enfants, il diffère. Pendant sa convalescence liée à la COVID, monsieur Mademoiselle demande à son fils de me parler au téléphone. L'échange est court, mais son fils me dit s'être rendu compte de l'état du logement de son père en venant le chercher. Je propose de le mettre en relation avec des associations qui pourraient intervenir pour un désencombrement, mais il refuse et promet de s'en charger lui-même. D'après les voisins, il serait effectivement intervenu, mais j'ignore dans quelle mesure.

En termes de bilan et de temporalité, cela fait quatre mois que j'accompagne monsieur Mademoiselle, qui est de nouveau intégré au sein d'un parcours de soins, avec une orientation ORL pour l'accès à des prothèses auditives. À ce jour, il bénéficie d'un accompagnement actif, mais qui pourrait, sur du moyen-long terme, évoluer. Concernant son logement, Adoma est en attente d'une décision du procureur qui pourrait mettre en place, sans accord de la famille, une mesure de protection et une mise sous tutelle.

Ingrid Tisseur, infirmière de médiation et de coordination santé Var

*La responsable insertion sociale.
La responsable de résidence.
La complémentaire santé solidaire.*

LES PERSPECTIVES 2022

Dans le Var, l'année 2022 devrait être l'occasion d'un travail autour de l'extension du périmètre d'intervention du Réseau Intermed, notamment sur les secteurs de Bormes-les-Mimosas et Hyères.

Contact dans le VAR

Nathalie MARTINEZ, coordinatrice PACA - 07 64 61 66 04



Intermed

relier pour soigner

Design by

Angelo DOUILLER