

RESEAU INTERMED

Région Provence-Alpes- Côte d'Azur

RAPPORT 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



L'année 2021 a été marquée par le démarrage effectif de la mission dans le Var en janvier.

L'activité s'est ainsi déroulée pour la première fois en année pleine. Les comparaisons ne sont donc pas pertinentes.

PACA - 8,8 ETP

1 coordinateur territorial
(1 etp)

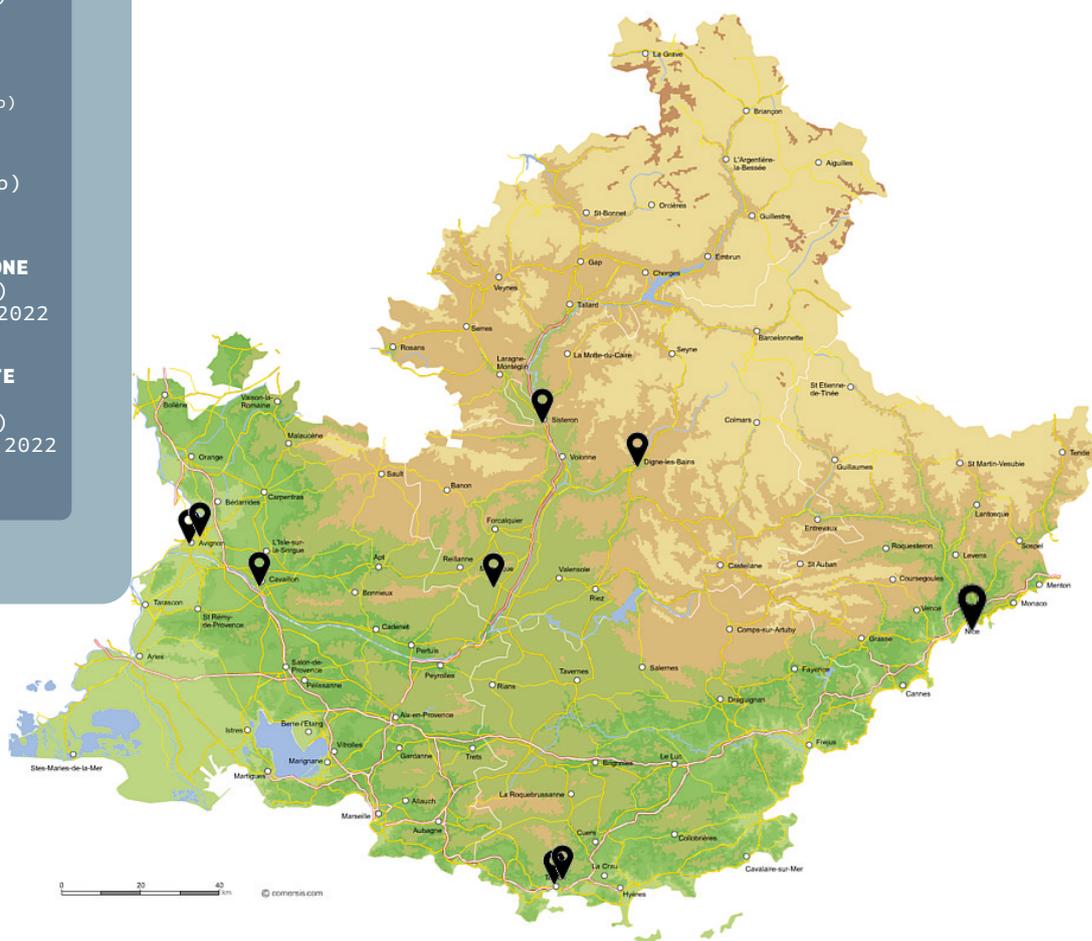
ALPES MARITIMES
3 IDE (3 etp)

VAUCLUSE
2 IDE (1,8 etp)

VAR
2 IDE (1,8 etp)

BOUCHES DU RHÔNE
2 IDE (2 etp)
Jusque février 2022

**ALPES DE HAUTE
PROVENCE**
1 IDE (1 etp)
À partir de mars 2022

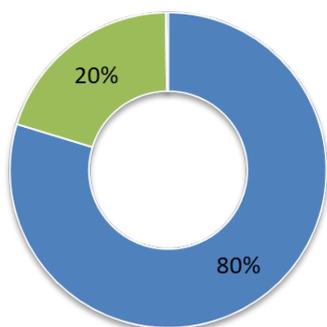


LES BÉNÉFICIAIRES

En 2021, **424 bénéficiaires** (soit une évolution de +194% par rapport à 2020) ont reçu au moins une médiation ou une coordination en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. **338** sont issus de la mission socle, **86** de la mission asile/réfugiés.

Répartition entre les 3 grandes missions :

[Socle	ADOMA	338 bénéficiaires 80%
	Asile	Demandeurs d'asile et réfugiés, chez ADOMA	85 bénéficiaires 20%

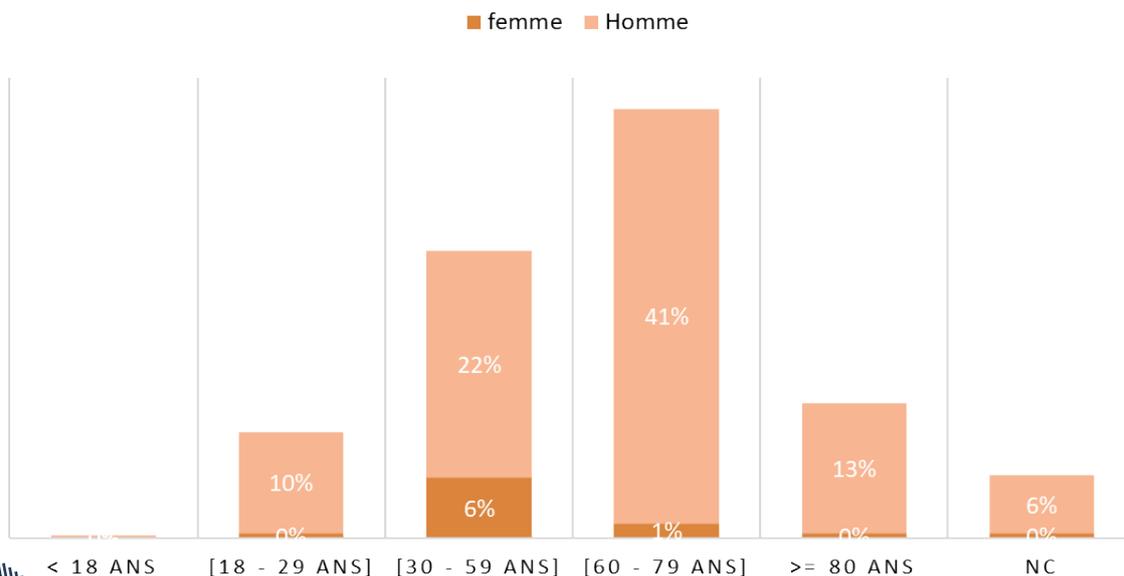


- Socle
- Asile/Réfugiés
- Diffus

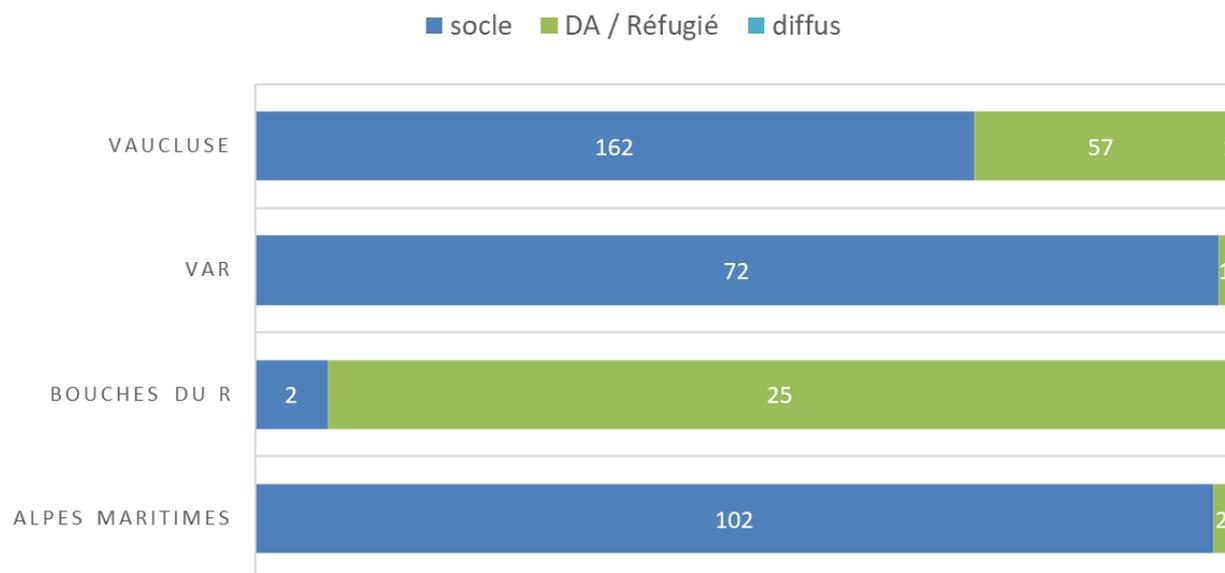
La typologie du public accompagné est le reflet du public logé et hébergé par Adoma.

Âge moyen : 59 ans

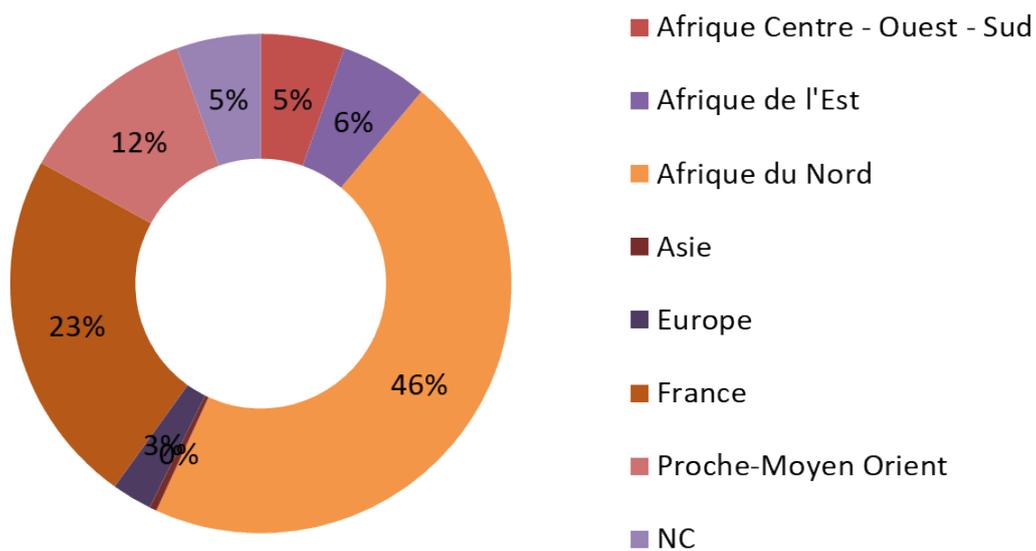
91% d'hommes
9% de femmes



RÉPARTITION DES MISSIONS PAR TERRITOIRE



L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE



LA MISSION SOCLE

Les bénéficiaires

338 personnes ont reçu une médiation ou coordination en 2021 en Provence-Alpes Côte d'Azur dans le cadre de cette mission.

Nombre de dossiers ouverts dans l'année

208 dossiers sur 338 (62%) suivis en région Provence-Alpes Côte d'Azur, dans le cadre de la mission socle, ont été ouverts dans l'année.

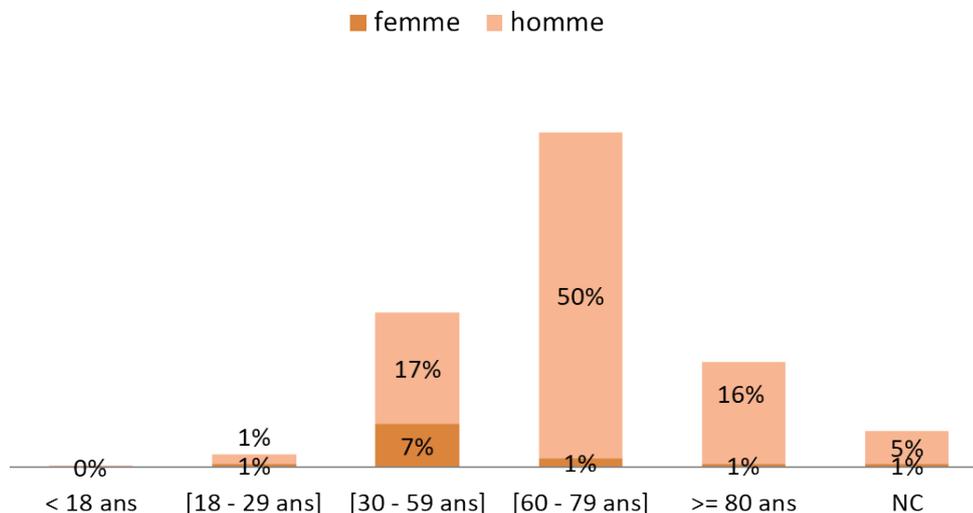
Dossiers clôturés dans l'année **121** dossiers sur 338 (36%)

Dossiers actifs au 31 décembre **213** dossiers sont toujours actifs fin 2021, dont 33 en veille.

Durée moyenne d'accompagnement Les dossiers sont suivis, en moyenne, cinq mois (ce chiffre est à relativiser du fait du développement de l'activité au fil de l'année).

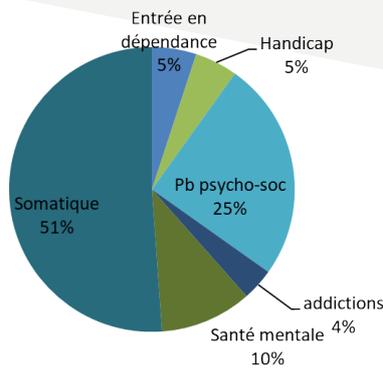
Âge moyen : 65 ans

90% d'hommes
10% de femmes

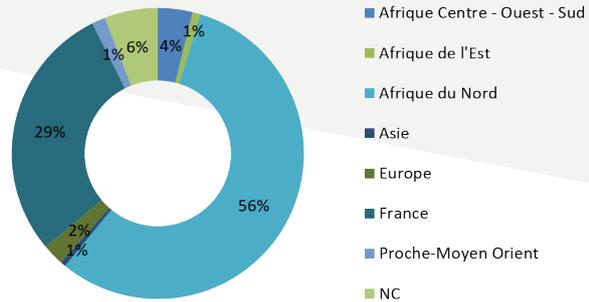


LES PROBLÉMATIQUES

577 problématiques, soit près de 2 problématiques par personne suivie.



L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE



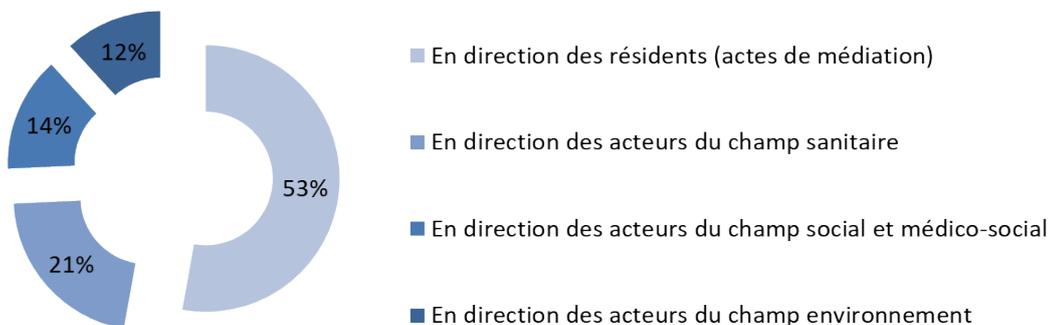
Les problématiques somatiques sont majoritaires, car elles représentent souvent l'expression de symptômes plus « visibles ».

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

3944 actes de médiation et de coordination sur la période soit 12 actes par personne.

Ces actes de médiation/coordinations se répartissent ainsi :



Nombre total des résultats sur la période pour la mission socle

414 + 11 entraves + 5 synthèses

430, soit 9 actes pour un résultat environ.

- En direction des acteurs du champ sanitaire (médecine de ville, hospitalière, équipes mobiles, paramédicaux, cabinets infirmiers...) : 308 résultats
- En direction des acteurs du champ social et médico-social : 74 résultats
- En direction des acteurs du champ environnement (opérateur de l'hébergement, bailleurs pour les réfugiés, associations, proches, famille...) : 32 résultats



Étape par étape

« 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.

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 carapatent 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



Monsieur S, un résident qui « s'oubliait »

Lors de ma prise de fonction au Réseau Intermed, je récupère le dossier d'un résident que nous appellerons monsieur S.

Comme il est absent dans son unité de vie lors de mes différents passages, je le contacte par téléphone afin de me présenter et pour faire un point global avec lui. Nous convenons d'un rendez-vous dans nos locaux. Une heure après notre échange téléphonique, monsieur S se présente, comme convenu. Il arrive en fauteuil roulant, souriant, affable. Les liens se nouent facilement. Voici son histoire.

Monsieur S, âgé de 61 ans, est d'origine tunisienne. Il a quitté son pays il y a plus de 40 ans pour venir travailler en France en tant qu'agriculteur, afin de subvenir aux besoins de sa famille : sa femme et sa fille, restées en Tunisie. Il est arrivé à la résidence Nicéa en 2019, suite à la fermeture de son foyer initial. Monsieur S a connu une vie tumultueuse, en raison de l'éloignement familial, douloureusement vécu, et d'un travail acharné, jour et nuit, pour subvenir aux besoins des siens.

Pendant toutes ces années, monsieur S « s'oublie ». En effet, il oublie de prendre soin de lui. Du fait de beaucoup de négligences, sa santé est atteinte. Lors d'un malaise en 1986, il est diagnostiqué diabétique DNID et mis sous insulinothérapie en 1992. Ce diabète, non connu à l'époque et donc non traité, entraîne des complications. En effet, l'année suivante, monsieur S est diagnostiqué insuffisant cardiaque. Les années passent et monsieur S continue à s'oublier. Il oublie l'importance de sa santé de son bien-être.

En 2020, sa vie bascule à nouveau. Après une chute, il est transféré dans un centre de rééducation à Grâce. Pendant son séjour, on découvre que son diabète, mal équilibré, a également affaibli ses artères. Afin d'éviter de plus graves complications, le médecin qui s'occupe de lui dans ce centre l'oriente vers une greffe d'artère, qui sera malheureusement un échec. En raison d'une souffrance intolérable, le médecin lui annonce que seule l'amputation de sa jambe gauche le soulagerait et éviterait le pire. Il l'invite donc à réfléchir. Le choc est immense pour monsieur S. Trois jours plus tard, il donne sa réponse au médecin, en acceptant l'amputation. Celle-ci a lieu en janvier 2020. Monsieur S est alors hospitalisé, et en rééducation pendant un an. Il revient à la résidence Nicéa à sa sortie d'hospitalisation, en 2021.

C'est à ce moment-là que je le rencontre : comme je l'énonçais plus haut, je reprends le suivi de son dossier, laissé par une ancienne collègue, accompagné de l'ordonnance de son médecin traitant pour la prescription d'un fauteuil roulant électrique. Lors de nos échanges il m'informe avoir une prothèse, qui le blesse. Afin d'y remédier, nous convenons d'un rendez-vous chez sa prothésiste. À ce jour, une nouvelle prothèse est donc en cours de fabrication.

On peut se demander pourquoi maintenir une demande de fauteuil roulant électrique malgré l'existence d'une prothèse. En fait, monsieur S soulève des éléments importants qui rendent difficiles son autonomie en fauteuil roulant manuel : il doit, par exemple, se faire régulièrement aider par des résidents pour circuler à certains endroits, comme des petites pentes qu'il n'arrive pas ou plus à monter. De plus, cet homme d'1m63, de corpulence moyenne, se plaint de ne plus avoir assez de force pour se déplacer : il souffre souvent de tendinites cervico-brachiales qui rendent impossible tout déplacement. La mise à disposition d'un fauteuil roulant électrique est donc entièrement justifiée, mais le chemin pour y arriver sera long.



Je contacte plusieurs fournisseurs de matériel médical afin de passer commande, mais les fauteuils se révèlent trop onéreux pour le budget de monsieur S. Je poursuis les appels et finis par avoir une réponse correspondant à ma demande. La commerciale qui m'appelle, madame L, m'informe qu'elle travaille aussi avec la RIS Adoma sur certains sites. Nous prenons donc rendez-vous afin de mettre en place notre partenariat avec Intermed et prendre en charge l'ordonnance de monsieur S.

Un rendez-vous est aussi convenu avec monsieur S pour qu'il essaie un fauteuil et se familiarise avec le fonctionnement de ce matériel. Il est également important de savoir si ce dernier serait adapté à la circulation de monsieur S dans son unité de vie.

Monsieur S paraît satisfait. Toutefois, Madame L l'informe que le processus sera long : il devra s'adresser à un médecin spécialisé en rééducation fonctionnelle, qui donnera ou non son accord. Puis, une commission se tiendra ensuite avec la Caisse primaire d'assurance maladie. C'est seulement avec l'accord de ce dernier que le fauteuil roulant électrique pourra être fait sur mesure.

Après s'être rendu en consultation chez ce médecin spécialisé, ce dernier lui propose un suivi, qu'il accepte volontiers. Une prise en charge lui paraît nécessaire pour sensibiliser monsieur S et poursuivre sa rééducation fonctionnelle. À ce jour, nous sommes en attente de la réponse de la prise en charge de la Sécurité Sociale.

Après son amputation, monsieur S n'avait jamais pensé pouvoir prétendre un jour à un fauteuil roulant électrique. « Les gens comme nous n'y ont pas droit », disait-il au départ. Mais, grâce à toutes les démarches mises en œuvre dans le but d'améliorer son quotidien, il nous confie, reconnaissant, qu'il se sent « exister dans ce pays d'adoption ».

Pour conclure, monsieur S bénéficie chaque jour de trois passages d'IDEL pour sa prise en charge en insulinothérapie. Il dispose d'un lit médicalisé avec un matelas anti-escarres. En plus de son médecin traitant, il est suivi par un médecin spécialisé en rééducation fonctionnelle, qui fait le lien avec sa prothésiste et Intermed. Il pourra utiliser des chaussures anti chute dès qu'il sera en mesure de sortir avec sa nouvelle prothèse.

Tout au long de ce récit, j'ai souligné un mot important : celui d'« oublié ». Monsieur S s'est très longtemps « oublié », et m'a avoué ne pas respecter son équilibre alimentaire. C'est pour cela qu'il me semble important, comme je le lui ai expliqué, de réaliser un travail sur l'équilibre alimentaire du diabétique. L'ouverture prochaine de la cafétéria du site, avec l'animation d'ateliers de sensibilisation, pourra l'y aider. Solliciter d'autres partenaires extérieurs (diététiciennes, podologues, psychologues...) afin d'organiser des ateliers éducatifs et de nouvelles prises en charge me semble aussi important. Une équipe pluridisciplinaire aidera en effet monsieur S à retrouver une plus solide estime de soi.

« Les gens comme nous n'y ont pas droit. » Cette phrase, symbolique, se situe au centre de nos actions. C'est pour cela que nous œuvrons : pour l'accès aux droits de chacun, et pour l'accès aux droits, dans toutes ses dimensions.

**Véronique Albina, infirmière de médiation et de coordination santé Alpes-Maritimes
(Nice)**



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 boite 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



Rassurer, et avancer ensemble

À Nice, la responsable de la résidence Nicéa alerte l'équipe d'Intermed de l'état de la chambre de l'un des résidents. La personne concernée ne parlant et ne comprenant pas le français, je me rends directement sur place. À mon arrivée, je découvre un monsieur souriant et accueillant, et d'un âge avancé : 91 ans.

Je fais un petit état des lieux : la chambre n'est effectivement pas très propre, mais je vais rapidement m'apercevoir que le principal problème est tout autre.

Il me propose de m'installer, et revient sur son histoire.

Veuf depuis de nombreuses années, il a plusieurs enfants, qui vivent tous en Tunisie. En France, il n'a aucune famille, mis à part une cousine, qui lui rend visite, de temps à autre, pour lui faire quelques courses et un peu de ménage.

Je lui demande ce qui ne va pas : il m'explique qu'une infirmière lui rend visite chaque jour pour des soins ophtalmologiques, mais que cela ne se passe pas bien. Il a le sentiment de ne pas être respecté, comme en témoignent ses propos : « L'infirmière arrive le matin, sans me dire bonjour. Elle ne me met pas les gouttes dans les yeux, mais à côté, et j'ai peur de le lui faire remarquer, car elle pourrait ne plus revenir. Elle venait avant deux fois par jour, et ne vient maintenant plus que le matin... »

Je constate qu'il y a bien un carnet de suivi des soins sur un coin de la table, rempli quotidiennement. Il me confie ensuite que, depuis maintenant plusieurs mois, il ne reçoit plus les mêmes montants de retraite et de compléments de retraite. Tous ces éléments accumulés l'angoissent tellement qu'il ne souhaite plus sortir de sa chambre.

Je le rassure, lui explique ma fonction au sein de la résidence, et lui dis que nous allons l'aider.

Je contacte la responsable d'insertion sociale de la résidence afin de lui expliquer la situation de monsieur. Nous organisons ainsi une visite à domicile ensemble. Elle s'occupe de ses papiers de retraite et de ses courriers, tandis que je demande au résident s'il serait d'accord pour qu'une personne extérieure vienne faire du ménage chez lui, de temps à autre. Il me répond qu'il y serait favorable, sa cousine ne venant quasiment plus.

Je contacte par ailleurs le cabinet libéral en charge de ses soins, afin de faire le point.

Dans l'état actuel des choses, mes collègues et moi sommes encore en pleine investigation, dans le but de garantir à ce résident la même qualité de prise en charge médicale que n'importe quel autre usager. En ce qui concerne le volet social, nous continuons de travailler en collaboration avec la responsable d'insertion sociale, afin de trouver des solutions rapidement.

**Ihssane Fakir, infirmière de médiation et de coordination santé Alpes-Maritimes
(Nice)**

LA MISSION ASILE/RÉFUGIÉS

Les bénéficiaires

15 demandeurs d'asile et **71** réfugiés ont reçu une médiation ou coordination en 2021 en Provence-Alpes-Côte d'Azur dans le cadre de cette mission.

Nombre de dossiers ouverts dans l'année

68 dossiers sur 86 (79%) suivis en Provence-Alpes-Côte d'Azur, dans le cadre de la mission asile/réfugiés, ont été ouverts dans l'année.

Dossiers clôturés dans l'année **47** dossiers sur 86 (55%).

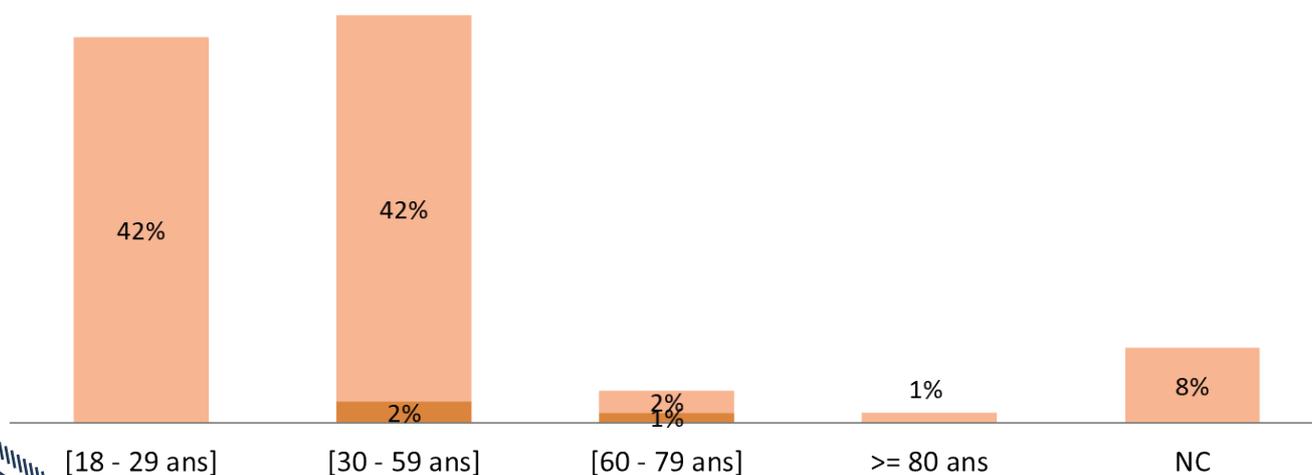
Dossiers actifs au 31 décembre **38** dossiers sont toujours actifs, dont 9 en veille

Durée moyenne d'accompagnement Les dossiers sont suivis pour une durée moyenne de quatre mois.

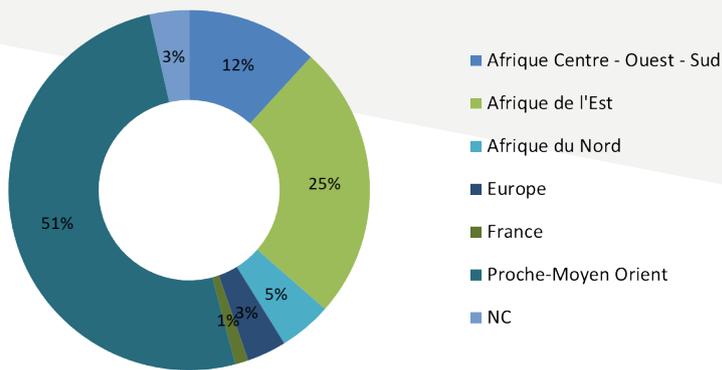
Âge moyen : 35 ans

96% d'hommes
4% de femmes

■ femme ■ homme

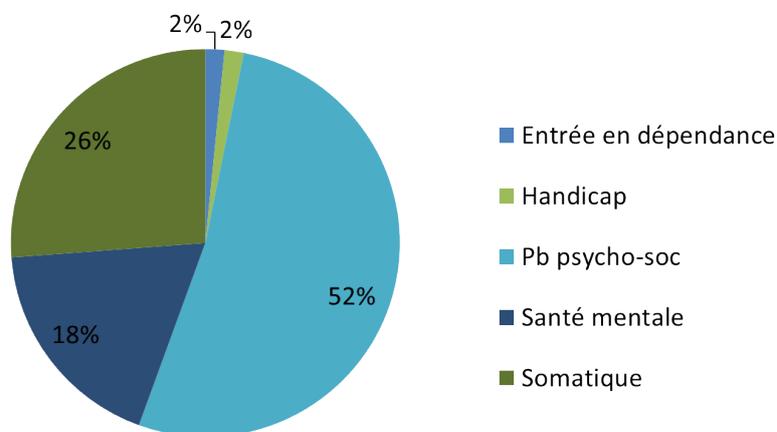


L'ORIGINE GÉOGRAPHIQUE



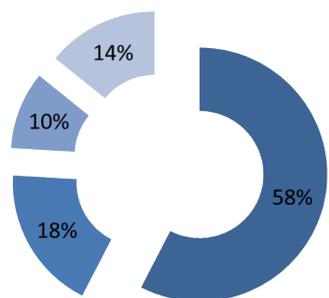
LES PROBLÉMATIQUES

126 problématiques, soit un peu plus d'1 par personne suivie.



LES ACTES

1371 actes de médiation et de coordination sur la période soit 16 actes par personne.



- En direction des résidents (actes de médiation)
- En direction des acteurs du champ sanitaire
- En direction des acteurs du champ social et médico-social
- En direction des acteurs du champ environnement

Nombre total des résultats sur la période

209 + 32 entraves

241 soit 6 actes pour un résultat environ.

- En direction des acteurs du champ sanitaire (médecine de ville, hospitalière, équipes mobiles, paramédicaux, cabinets infirmiers...) : 178 résultats
- En direction des acteurs du champ social et médico-social : 27 résultats
- En direction des acteurs du champ environnement (opérateur de l'hébergement, bailleurs pour les réfugiés, associations, proches, famille...) : 4 résultats



De l'hyperalgie à l'autonomie retrouvée

Cette situation se déroule sur un site que nous n'avons pas encore investi : le FTM Riquier, à Nice.

Tout commence par un appel de la RIS . Celle-ci m'évoque la situation d'un homme de 65 ans, d'origine ivoirienne, alité depuis plusieurs jours, voire plusieurs semaines. La RIS me signale avoir déjà appelé le rhumatologue la veille, afin d'avoir un avis sur la situation de ce monsieur. Le spécialiste lui a prescrit un bilan sanguin, que la RIS a organisé dans la journée. Le résultat du bilan est mauvais : le spécialiste lui a donc préconisé une hospitalisation.

Je décide alors de me rendre sur le site, et arrive à 8h dans le bureau de la RDS d'Adoma. Je ne dispose d'aucun document à ce moment-là : je demande donc à la RIS d'envoyer les résultats du bilan sanguin et les coordonnées du rhumatologue sur la boîte mail de la RDS. Je prends ainsi connaissance de ces informations.

Je me rends compte alors que le spécialiste exerce dans un hôpital monégasque, et que la dernière fois que le résident l'a vu date de 2016, mais je décide malgré tout de l'appeler. Je demande aux secrétaires de m'envoyer un compte rendu médical du résident. J'obtiens celui-ci après plusieurs appels avec différents interlocuteurs. En cas d'hospitalisation en urgence, ce compte rendu est essentiel pour éviter tout refus de prise en charge : il faut avoir le plus d'informations possible au moment de l'appel au centre 15.

À 10h, j'organise une visite en chambre avec la RDS. Je découvre alors, dans un espace insalubre de 7 m², le résident, alité. Hyperalgique, il fait ses besoins dans son lit et urine dans des bouteilles. J'en remarque une dizaine. Je l'interroge sur sa situation physique. Ce dernier me répond être très inquiet de sa situation financière. Malgré des ressources financières faibles, cet homme ne bénéficie pas de l'APL . Cela s'explique par le fait qu'il n'ait pas réalisé à temps son renouvellement de titre de séjour.

Après un temps de réassurance, je lui explique la nécessité de le transférer aux urgences dans les plus brefs délais. Il accepte. J'appelle donc le centre 15. Après plus de trente minutes d'attente, je suis mis en lien avec l'IAO , qui transfère mon appel au médecin régulateur. Le médecin régulateur est sur la défensive dès les premiers instants de notre conversation. Compte tenu de la superficie de la chambre, et du fait que le résident est tellement souffrant qu'il ne peut sortir de son lit, je lui demande de faire intervenir les pompiers plutôt qu'une ambulance.

Trente minutes après cet appel, les pompiers arrivent pour le prendre en charge. La chambre est tellement petite que les pompiers réalisent un transfert coquille afin d'éviter que le résident soit trop manipulé. Son évacuation dure quarante-cinq minutes.

En fin de journée, je contacte le service des urgences du CHU de Nice afin de connaître son bilan médical – une polyarthrite sévère – et l'orientation préconisée. J'apprends avec étonnement qu'un retour à domicile sera organisé dans la nuit si le résident est moins algique.



Le lendemain matin, après avoir téléphoné au CHU et constaté que le résident avait été transféré pour la nuit au service UCSU car toujours algique, je décide de me rendre dans ce service. Une fois arrivé, je fais tout mon possible pour rencontrer le cadre afin de lui expliquer les conditions de vie de monsieur. La rencontre se passe bien. Je rencontre au même moment les secrétaires, les internes et l'assistante sociale du service. Je signale alors à l'assistante sociale avoir fait, la veille, une demande de C2S afin d'éviter une dette hospitalière et un parcours de soin non adapté au résident sans organisation de retour à domicile. Deux jours plus tard, le résident est transféré au service de rhumatologie du CHU de Nice.

Je me rends dans ce service afin de rencontrer l'équipe médicale et paramédicale, et pour leur expliquer, de la même manière qu'à l'UCSU, les conditions de vie du résident et la nécessité d'organiser un séjour dans un SSR pour nous laisser le temps de nettoyer sa chambre.

J'apprends, au détour d'une conversation avec la RIS et la RDS, qu'une demande de mise sous protection a été faite il y a quelque temps par Adoma, et qu'une visite d'un psychiatre a été réalisée.

Une réunion est organisée entre Adoma (RR, RIS, RDS et DTA), Intermed et l'organisme tutélaire qui prend en charge le résident. Entre temps, le résident a été transféré dans un service SSR de l'arrière-pays niçois. Lors de cette réunion, la RIS et moi-même décidons de réaliser nous-même un ménage dans la chambre, car nous n'avons pas le temps d'attendre l'obtention d'un devis de la part d'une société spécialisée.

Dès le lendemain de cette réunion de synthèse, je décide de me rendre avec l'organisme tutélaire dans le service SSR où se trouve le résident, afin de lui expliquer que nous allons nettoyer sa chambre et lui présenter l'assistante sociale qui est chargée de sa situation. Il me donne son accord pour l'entretien de son logement, devant la tutrice.

Le jour J, nous rencontrons le RR du site, afin de le prévenir que nous allons réaliser l'entretien de la chambre du résident. La RIS et moi-même avons déjà jeté le matelas souillé, les bouteilles d'urine, et la nourriture moisie du frigo. Toutes ces actions avaient été décidées en concertation au moment de la réunion de synthèse, et avec l'accord de la tutrice et du résident. Mais le RR nous signale son refus de nous laisser faire, car il aurait reçu un mail de la DTA, qui revenait sur l'accord convenu lors de la synthèse. Nous décidons malgré tout de nous rendre dans la chambre pour réaliser le ménage. Quelques minutes après avoir commencé l'entretien, nous recevons un appel de la tutrice, nous demandant d'arrêter, car cela risquerait de perturber le résident. Nous nous arrêtons donc, stupéfaits.

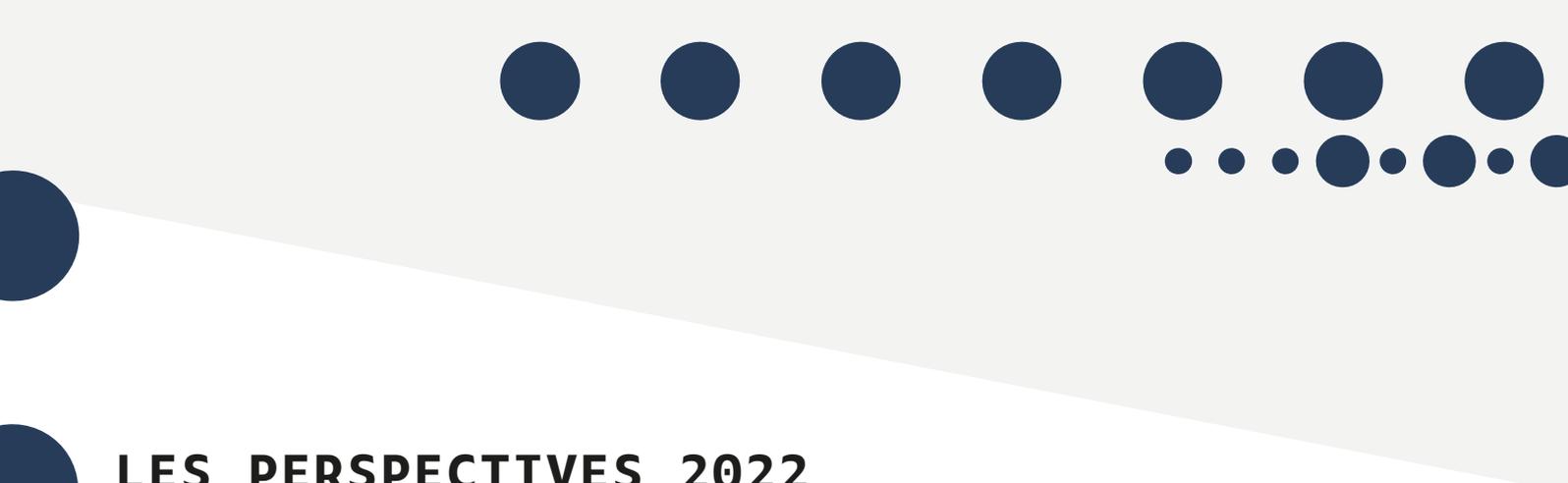
Quelques jours plus tard, nous apprenons que la DTA n'est jamais revenue sur l'accord convenu lors de la synthèse.



Le résident rentre à pied à domicile, et n'est presque plus algique. À son retour, il se rend compte que j'ai jeté la nourriture moisie du frigo – la durée de son séjour hospitalier a été de plus d'un mois, et l'alitement avant hospitalisation, d'au moins deux à trois semaines. Pourtant, il me le reproche, me téléphonant à de très nombreuses reprises à ce sujet. Je suis contraint de bloquer son numéro.

Malgré tous ces éléments, cet homme a pu retrouver sa dignité, en étant de nouveau en mesure d'accomplir les gestes de la vie quotidienne. Il a pu retrouver une vie presque normale, tout en évitant une dette hospitalière. Par ailleurs, grâce à la demande d'Adoma, le résident est maintenant, depuis son retour chez lui, sous protection, avec une demande de curatelle renforcée.

Sylvain Filliatre, infirmier de médiation et de coordination santé Alpes-Maritimes



LES PERSPECTIVES 2022

Après de multiples changements au sein de l'équipe dédiée au Vaucluse, l'année 2022 sera l'occasion de renouer les partenariats et d'asseoir notre activité de manière pérenne.

De plus, l'année 2022 devrait voir une extension du périmètre du Réseau Intermed dans les Alpes-Maritimes, avec notamment l'engagement d'accompagnements au sein de plusieurs résidences sociales comme Riquier et Saint-André-de-la-Roche.

Dans le Var, cette année devrait également 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.



Ils ont soutenu le Réseau Intermed en 2021



Contacts en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Nathalie MARTINEZ, coordinatrice PACA - 07 64 61 66 04



Intermed

relier pour soigner

Design by

Angelo DOUILLER