

Intermed ou la plus-value de la médiation-coordination santé

Pour faciliter l'accès aux soins de personnes en grande vulnérabilité, le réseau Intermed a développé une méthodologie d'intervention basée sur la médiation de proximité. Maud Aufauvre, directrice régionale du réseau Intermed Auvergne-Rhône-Alpes, explique les conditions dans lesquelles les professionnels interviennent. Son propos est illustré par le témoignage d'un soignant.

La perte d'autonomie est souvent le point de départ de problèmes d'accès aux droits et aux soins. Elle peut être physique (problème de mobilité, difficulté à faire les gestes de la vie quotidienne, à aller chez le médecin), psychique (désorientation, dégénérescence, sénilité), sociale (isolement, repli sur soi), mais aussi juridique (capacité à gérer un compte en banque, à suivre ses droits). Ces différents facteurs peuvent s'imbriquer et se cumuler entraînant des situations de vulnérabilité ayant des impacts directs sur la santé¹.

Le réseau Intermed Auvergne-Rhône-Alpes a été créé en 2008 pour faciliter l'accès aux soins et aux droits de santé des personnes les plus isolées et vulnérables, c'est-à-dire des personnes qui, du fait de leur âge ou de problèmes psychosociaux et médicaux complexes, souffrent d'isolement et sont en rupture de soins. L'association est la continuité des missions santé mises en place par Adoma², et de ce fait travaille préférentiellement auprès des résidents hébergés par cette structure, notamment les migrants vieillissants.

Faciliter et accompagner l'accès aux soins

Intermed intervient sur 9 des 12 départements de la région³. Son équipe comprend environ 50 personnes (plus de 40 ETP), principalement des infirmiers qui ont un parcours professionnel dans le soin psychique et des psychologues. Même si le personnel a une base administrative dans les résidences, la philosophie de l'intervention est celle de « l'aller vers ». Les soignants entrent en relation avec des

personnes repérées par un proche, un travailleur social ou un personnel de la résidence. Les visites se font à domicile, dans le logement (chambre, appartement) ou sur le lieu de vie (espace de vie collective de la résidence, espace extérieur, etc.).

La première étape consiste à faire un diagnostic de l'état de santé du résident dans toutes ses dimensions (physique, psychique, psychosociale). Ensuite, il s'agit de construire un parcours de soin avec la personne, à son rythme, selon son acceptation et son degré d'autonomie. Il n'y a pas de temporalité fixée à l'intervention, ni de limite dans le temps et le suivi peut s'étaler sur plusieurs années, voire jusqu'à la fin de vie. Ainsi, certains chibanis, qui sont en France depuis trente ou quarante ans, sont suivis depuis plus de cinq ans avec, selon les cas, un accompagnement dans le maintien dans le logement ou vers une entrée en Ehpad.

Les résidences Adoma étant principalement situées dans des quartiers politique de la ville, il n'y a pas forcément de différence ni de spécificité entre les interventions en quartier ou hors quartier prioritaire. L'accès aux soins et aux droits y est parfois plus compliqué en raison de la disparition des services publics et les personnes âgées se sentent davantage isolées. On peut déplorer que les aînés soient peu pris en compte dans les programmes d'aménagement urbain alors qu'avec le vieillissement de la population, il devient urgent que la problématique des personnes âgées constitue un axe majeur de la politique publique dans les quartiers populaires. ●

Maud Aufauvre

La situation de Monsieur B.

Ce résident de 83 ans habite dans un studio de 12 m² au 1^{er} étage de la résidence depuis le 1^{er} avril 2001. Il est d'origine marocaine, et n'a pas de famille en France ; il a une fille au Maroc, mais les liens sont rompus depuis longtemps. Seul un aidant compatriote l'aide dans les gestes de la vie quotidienne (courses, accompagnement aux rendez-vous, aide administrative, etc.). Il existe une importante barrière de la langue, et quelques troubles de compréhension. C'est un résident que je connais depuis mon arrivée en 2015, mais que je suis plus particulièrement depuis 2016, en raison d'un problème de santé qui a été soigné.

Une situation qui s'aggrave brutalement

En 2017, devant des difficultés de mobilisation, des chutes fréquentes, je l'ai adressé à son médecin traitant, qui a demandé rapidement un avis neurologique pour suspicion de maladie de Parkinson, ce qui a été confirmé. Le traitement se met en place, un suivi médical s'instaure, ainsi qu'une veille. En 2018, Monsieur B. commence à avoir des troubles cognitifs à type d'oublis, de pertes des objets, il mélange ses papiers, en jette. Il n'est plus en capacité de prendre ses traitements alors qu'avec sa maladie, la prise doit être régulière.

Un accompagnement renforcé

Avec l'accord de Monsieur B. et l'aide de son médecin traitant, nous mettons en place une prise en charge infirmière à son domicile. Elle passe dès lors tous les matins et tous les soirs pour s'assurer de la bonne prise des traitements. Néanmoins, il refuse l'aide à la toilette.

À l'automne, devant son état qui ne s'aggrave pas, mais qui ne s'améliore pas, nous lançons un plan d'aide APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Des conditions de vie incompatibles avec l'état de santé

L'hiver 2019 a été compliqué puisque Monsieur B. a été bien fatigué et hospitalisé à plusieurs reprises pour grippe, infection pulmonaire, surinfection, et une dégradation de son état général.

Dès lors, un portage de repas s'est mis en place, et des aides plus conséquentes ont été rajoutées.

Un vrai travail en collaboration a été mené avec les infirmières diplômées d'État, le médecin traitant, l'assistante sociale et les professionnels d'Adoma, pour son bien-être et pour maintenir au mieux son autonomie à domicile.

Nous avons même trouvé un kinésithérapeute libéral qui vient le voir à son domicile !

Et maintenant ?

Monsieur B. va mieux mais il est de plus en plus difficile pour lui de rester dans cette résidence, il lui faudrait une aide au quotidien. Il sort mais a besoin d'être accompagné pour les rendez-vous médicaux, etc. Le portage de repas a été arrêté, il a changé plusieurs fois de cabinet infirmier, et son plan d'aide APA a été validé avec une évaluation de son autonomie.

Un dossier d'admission en Ehpad a été instruit. Ce monsieur, *in fine*, a été admis en Ehpad en 2020. ●

1. Nous nous référons à la définition de la santé fournie par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

2. Adoma est gestionnaire de logements à vocation sociale : foyers de travailleurs migrants, résidences sociales, pensions de famille, centres d'hébergement, centres d'accueil de demandeurs d'asile, etc.

3. Les départements sur lesquels Intermed n'intervient pas sont l'Ardèche, le Cantal et la Haute-Loire. Il s'agit des départements où Adoma n'est pas implanté.