

L'ACTIVITÉ EN 2022

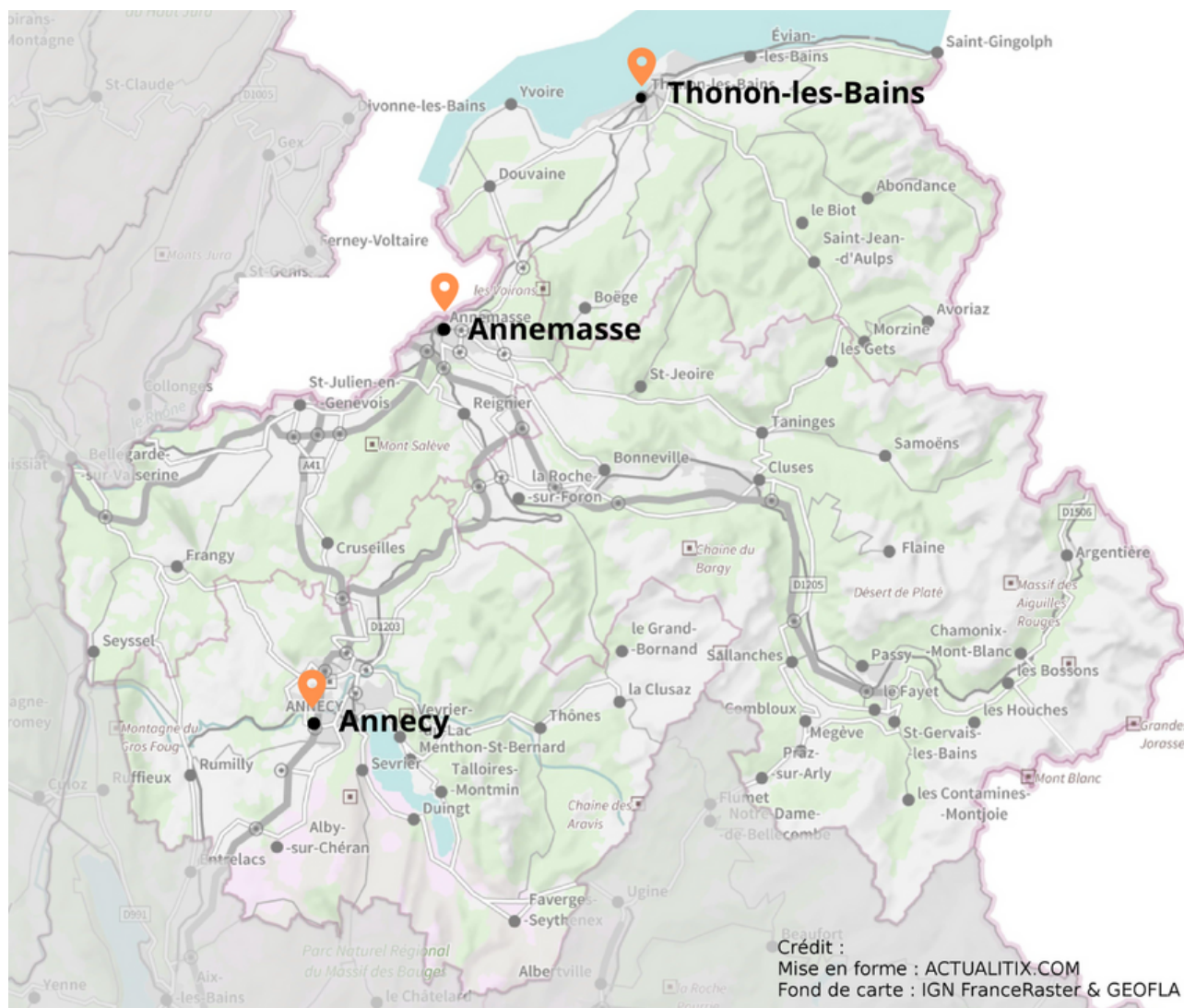
maintien dans le logement **RENCONTRE**
humilité **SOCIAL** *politique citoyenne*
accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**
PERSÉVÉRANCE *soin relationnel*
PATIENCE *partage* **CRÉATIVITÉ**
MOBILITÉ *bienveillance*
ADAPTATION *acuité*
travail en équipe
OUVERTURE
entraide
ACCOMPAGNEMENT

INTERMÉDIAIRE
médiation prendre le temps

L'activité en 2022

L'année 2022 a été marquée par l'implication sur la résidence sociale de Seynod en année pleine et les impacts des différentes réhabilitations (Thonon-les-Bains, Les Fins)
 À noter également un renouvellement au sein de l'équipe.

Nos territoires d'intervention





Les équipes en Haute-Savoie

Directrice
1 etp

PACA
9,3 ETP

1 coordinatrice territoriale (1 etp)

ALPES-MARITIMES
4 IDE (4 etp)

VAR
2 IDE (1,8 etp)

VAUCLUSE
2 IDE (1,8 etp)

ALPES DE HTE-PROVENCE
2 IDE (1,5 etp)

BOUCHES-DU-RHÔNE
Couvert par l'AMPIL

AURA 44,7 ETP			
Auvergne	Isère-Drôme	Rhône-Ain	Les 2 Savoie
1 coordinatrice territoriale (0,8 etp)	1 coordinatrice territoriale (1 etp)	1 coordinateur territorial (1 etp) 1 adjointe de coordination (1 etp)	1 coordinateur territorial (0,8 etp)
ALLIER	DRÔME	RHÔNE	SAVOIE
1 IDE (0,6 etp)	2 IDE (2 etp)	18 IDE (18 etp) 1 psycho (1 etp)	4 IDE (3 etp)
LOIRE	ISÈRE	AIN	HAUTE-SAVOIE
1 IDE (0,5 etp)	9 IDE (8,6 etp) 1 psycho (0,6 etp)	1 IDE (0,8 etp)	3 IDE (2,4 etp)
PUY DE DÔME			
3 IDE (1,8 etp)			

Pôle administratif
3,1 ETP

RAF
1 etp

RRH
1 etp

Gestionnaire de base de données
0,5 etp

Secrétaire chargée de comm
0,6 etp

maintien dans le logement **RENCONTRE**
 humilité **SOCIAL** politique citoyenne
 accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**
PERSÉVÉRANCE soin relationnel
PATIENCE partage **CRÉATIVITÉ**
MOBILITÉ bienveillance *médiation prendre le temps*
ADAPTATION acuité **INTERMÉDIAIRE**
 travail en équipe
OUVERTURE entraide
ACCOMPAGNEMENT

Les bénéficiaires

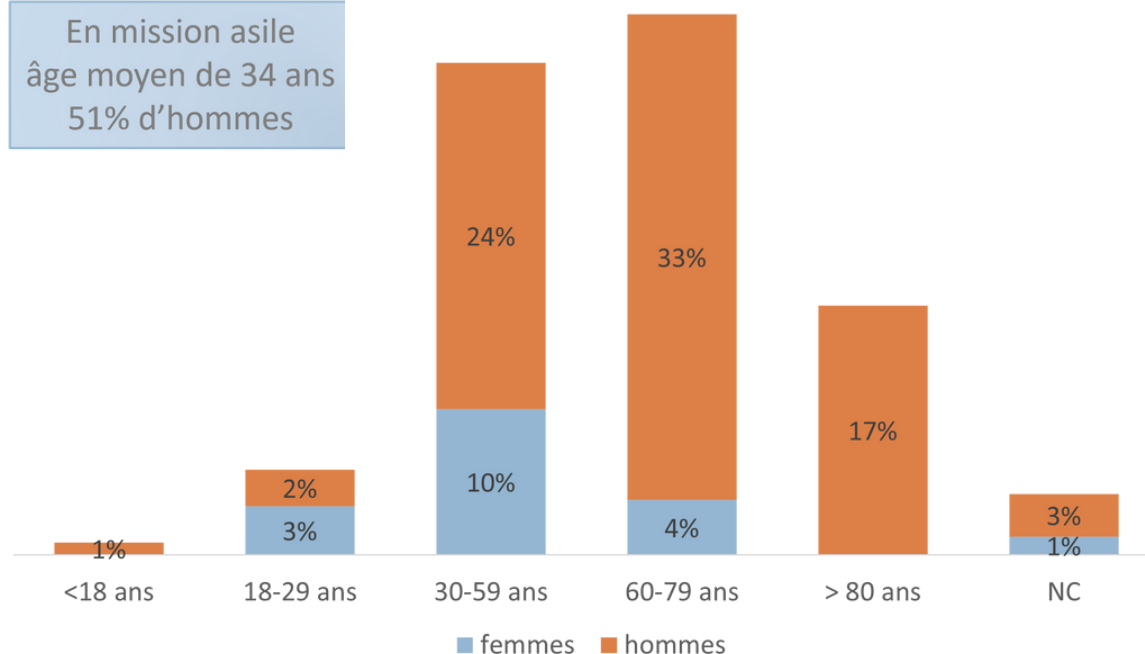
242 bénéficiaires ont été suivis en 2022 en Haute-Savoie (un nombre stable par rapport à 2021).

Bénéficiaires touchés	Nombre	%
En résidences sociales ADOMA	161	66,5%
En pensions de famille ADOMA	42	17,4%
Demandeurs d’asile – réfugiés en structures ADOMA	39	16,1%

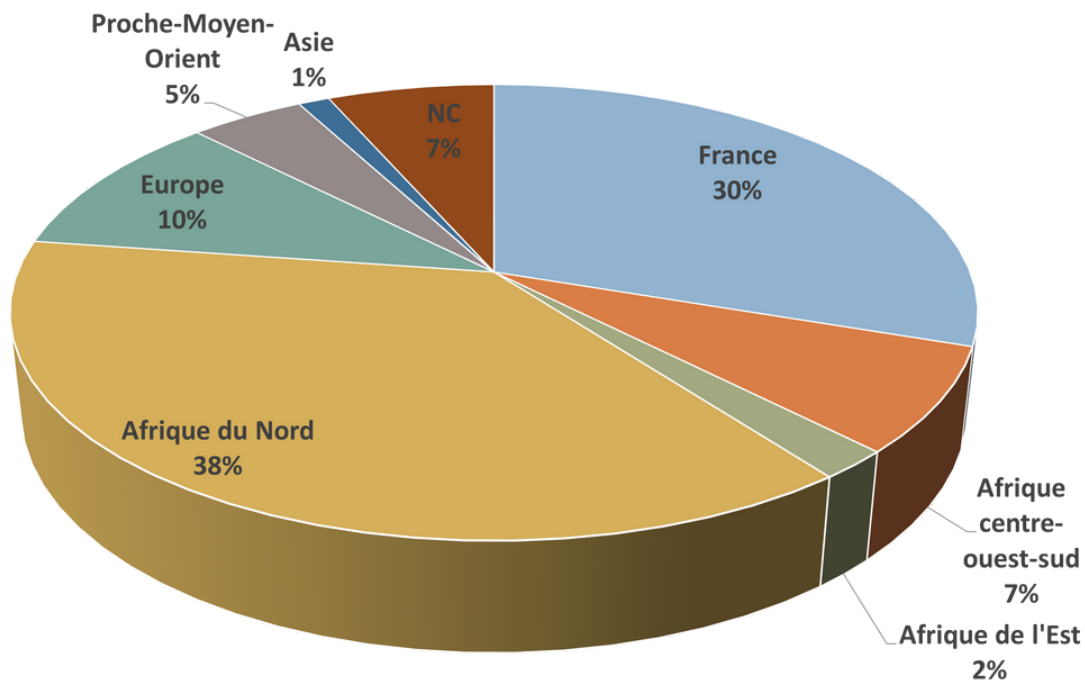
Sociologie des publics accompagnés

En mission socle
 âge moyen de 67 ans
 85% d’hommes

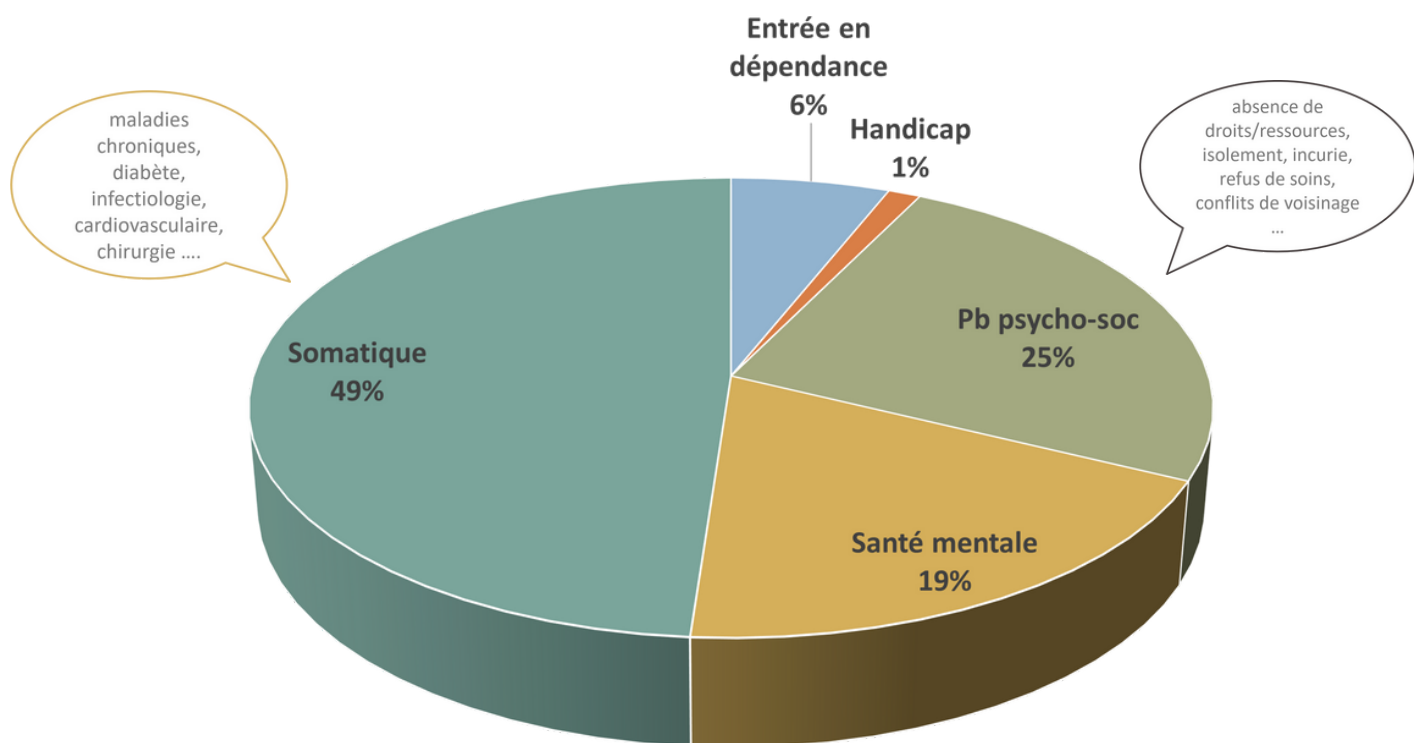
En mission asile
 âge moyen de 34 ans
 51% d’hommes



Pays d'origine des publics accompagnés

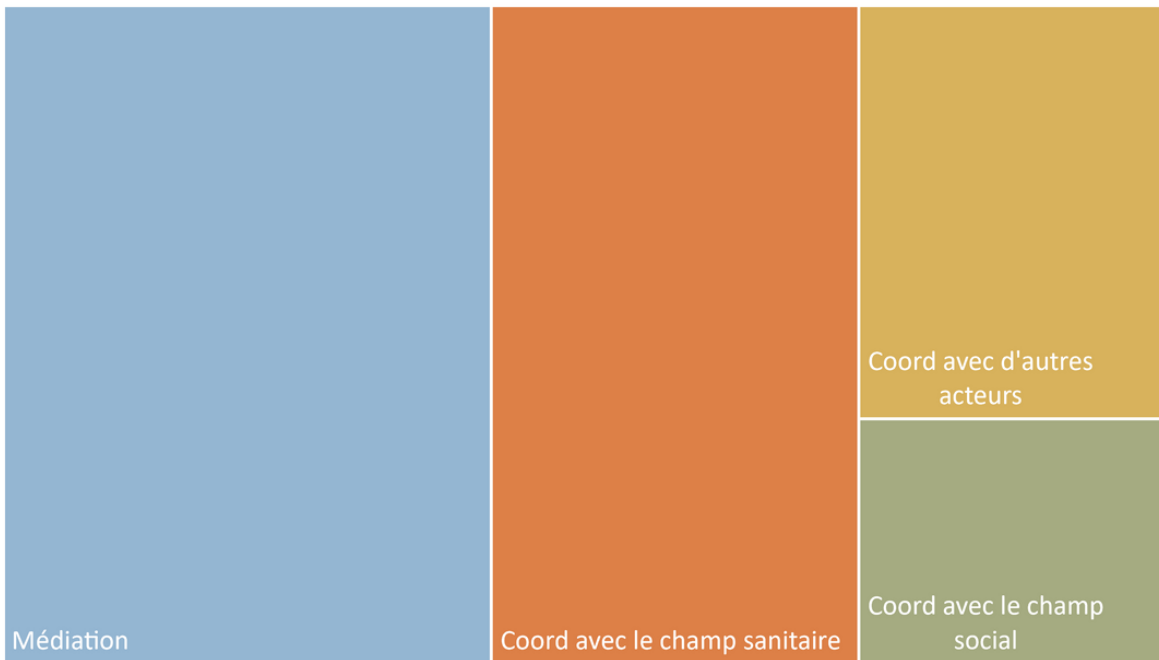


Les problématiques rencontrées



- Entrée en dépendance = perte d'autonomie, troubles cognitifs
- Santé mentale = troubles du comportement, dépressions, psychoses

Les actes réalisés

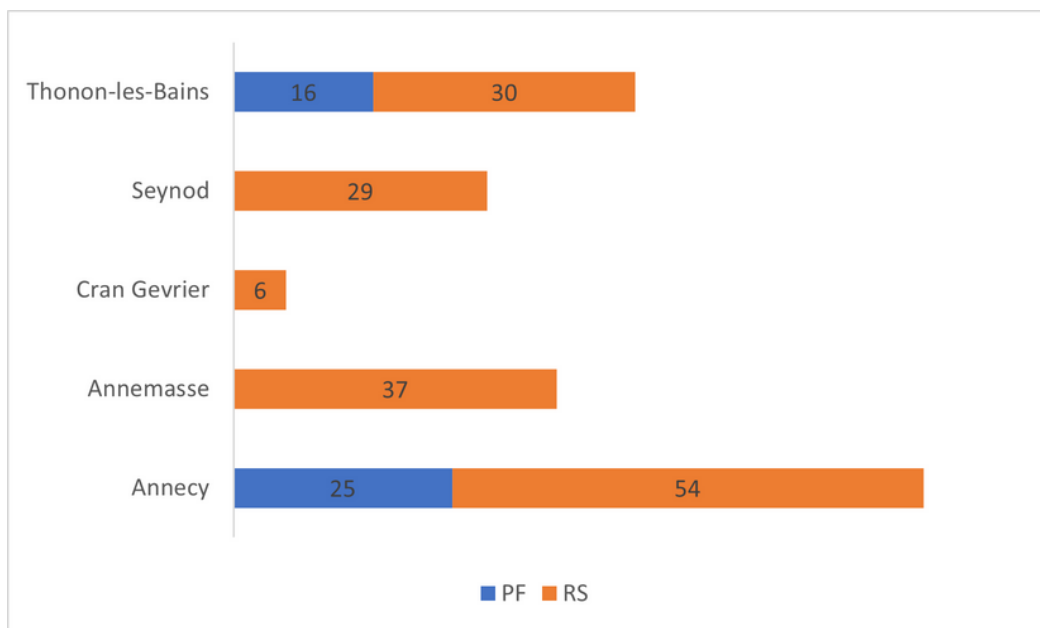


LA MISSION SOCLE

maintien dans le logement **RENCONTRE**
humilité **SOCIAL** *politique citoyenne*
accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**
PERSÉVÉRANCE *soin relationnel*
PATIENCE *partage* **CRÉATIVITÉ**
MOBILITÉ *bienveillance*
ADAPTATION *acuité*
travail en équipe
OUVERTURE
entraide
ACCOMPAGNEMENT
INTERMÉDIAIRE *médiation prendre le temps*

Les bénéficiaires

197 bénéficiaires ont été suivis en 2022, tous résidents de résidences sociales et de pensions de famille ADOMA.



Nombre de dossiers ouverts dans l'année

38 nouveaux dossiers

22 dossiers clôturés

Accompagnement moyen de presque 4,5 ans (18 personnes accompagnées depuis plus de 10 ans, des chibanis dans un processus d'allers-retours avec le pays d'origine qui entraîne un parcours de soins fractionné et donc non stabilisé).

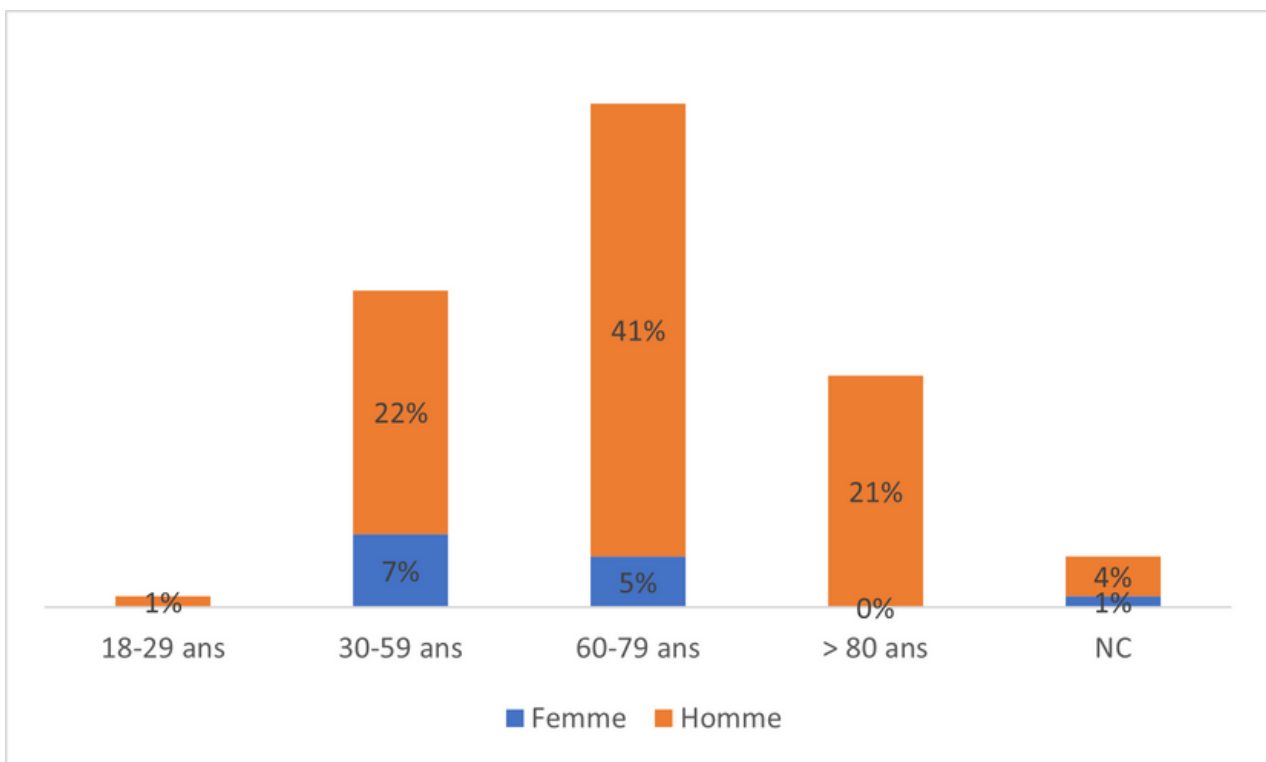
Sociologie des publics accompagnés

Les hommes représentent 88% du public accompagné.

Les 2/3 du public a plus de 60 ans. 21% a même plus de 80 ans.

L'âge moyen est de 67 ans.

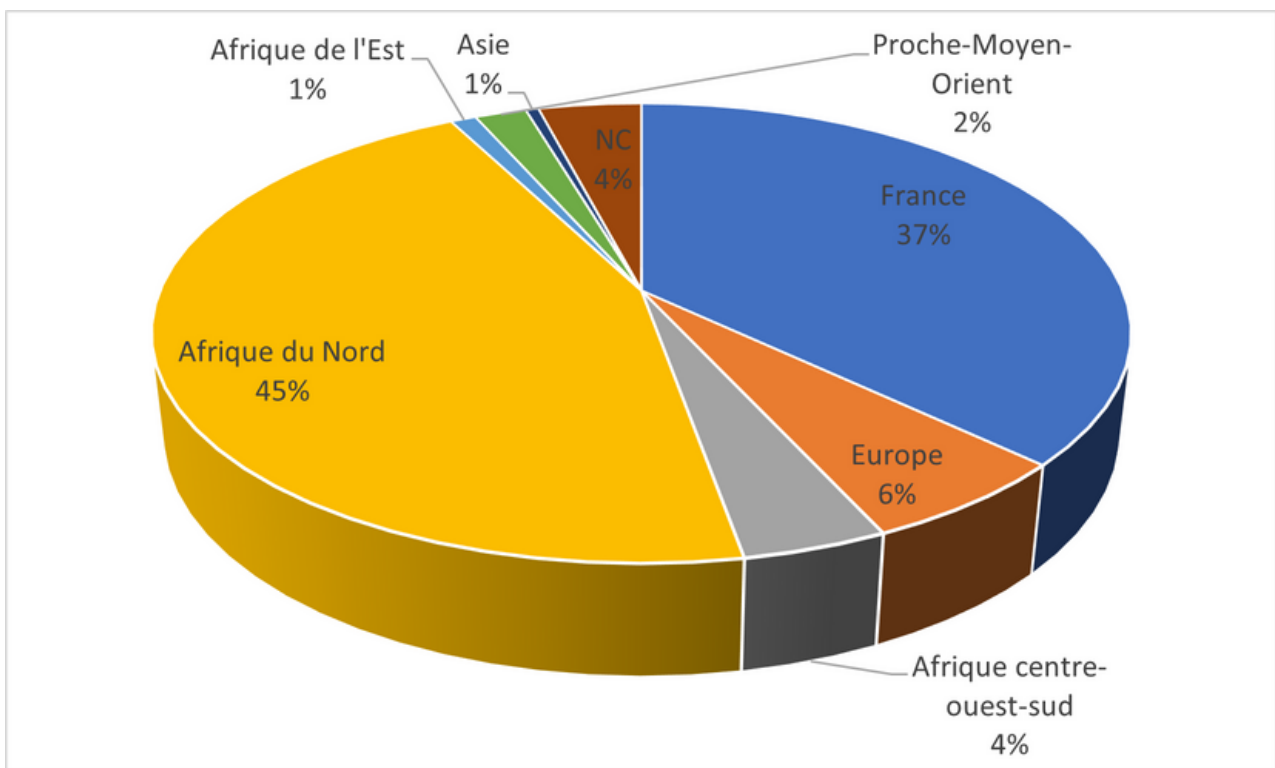
Mais le public accompagné tend à se rajeunir, du fait d'une plus grande présence de résidents sous statuts réfugiés au sein des résidences sociales (cf. partie sur la mission asile-réfugiés)



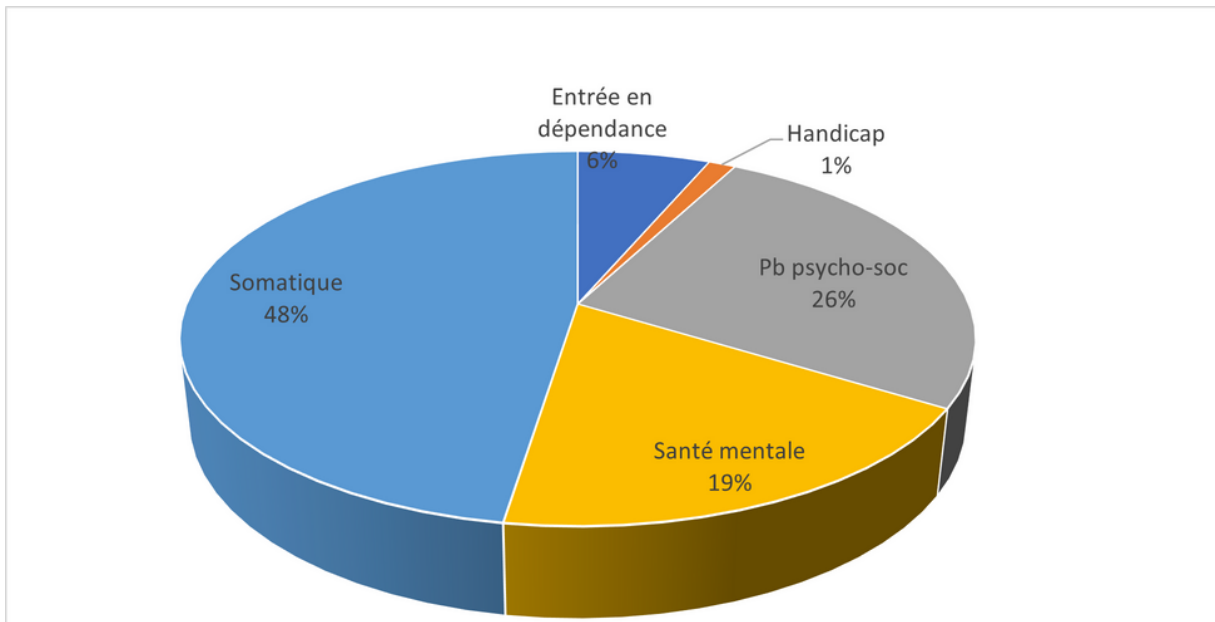
Pays d'origine des publics accompagnés

Le public historique des chibanis est encore très présent en Haute-Savoie et représente la majorité du public accompagné.

Dans le cadre du renouvellement du public logé en logement accompagné (notamment les pensions de famille), de plus en plus de personnes de nationalité française sont accueillies, ce qui se traduit dans la part importante qu'elles représentent au sein du public suivi par Intermed.



Les problématiques rencontrées



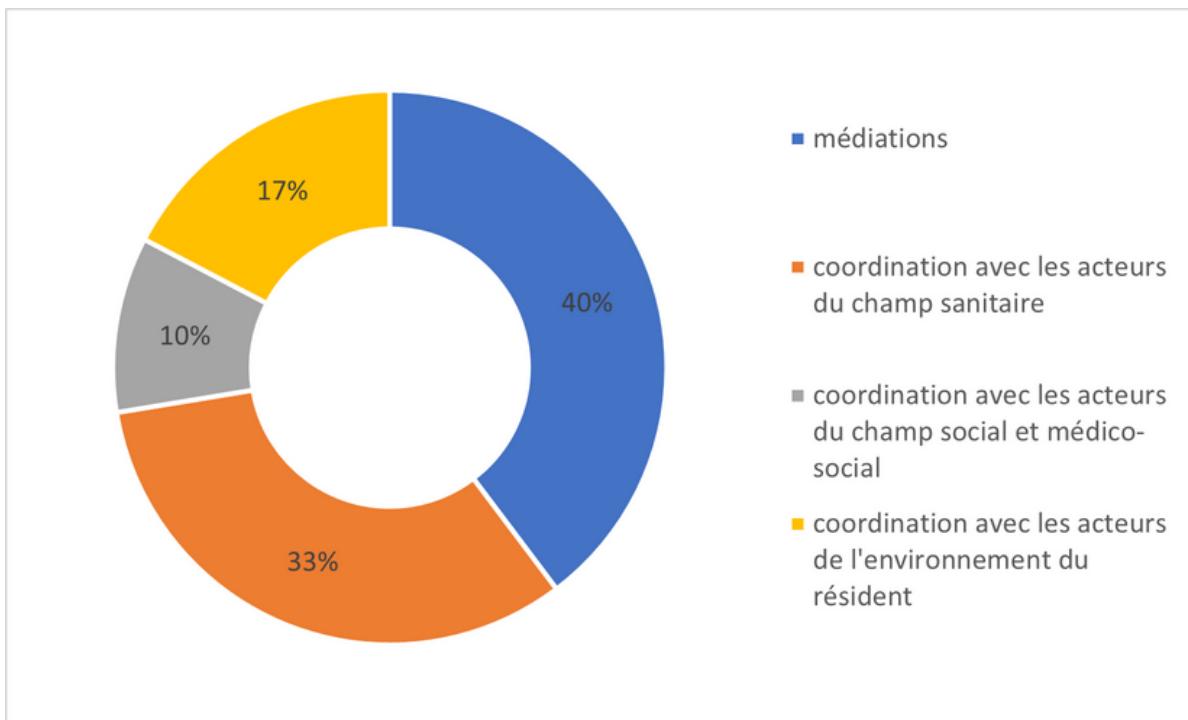
Un peu plus dans le détail, les principales problématiques repérées et prises en charge sont :

- L'isolement (9%)
- Les conduites addictives (7%). Dans les mêmes proportions, les problématiques infectieuses
- Les problématiques cardio-vasculaires (6%)
- Dans les mêmes proportions (5%) : les problématiques orthopédiques, l'absence de droits ou de ressources, la perte d'autonomie.

À noter que les troubles psychotiques représentent également 5% des problématiques rencontrées.

Les actes réalisés

4197 actes de médiation et de coordination ont été menés sur la période, soit plus de 21 actes par personne suivie. Ces actes de médiation/coordination se répartissent ainsi :



Ainsi plus de la moitié des actes réalisés par les équipes du Réseau Intermed portent sur le travail d'aller-vers et la médiation auprès des résidents.

Les principaux actes concernent :

- Les entretiens et visites à (ou hors) domicile (29%)
- La coordination avec la médecine générale hospitalière (9%)
- La coordination avec les professionnels paramédicaux (8%)
- Dans les mêmes proportions (7%), la coordination avec la médecine de ville et le lien avec les aidants.

maintien dans le logement **RENCONTRE**
humilité **SOCIAL** *politique citoyenne*
accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**
PERSÉVÉRANCE *soin relationnel*
PATIENCE *partage* **CRÉATIVITÉ**
MOBILITÉ *bienveillance*
ADAPTATION *acuité*
travail en équipe
OUVERTURE
entraide
ACCOMPAGNEMENT
INTERMÉDIAIRE *médiation prendre le temps*

M. J : un besoin de soins complets

M. J réside à la résidence Les Clarines à Thonon. Il a 42 ans, est divorcé, a deux jeunes enfants (avec qui il n'a pas de contact). Pour entourage familial, il a sa mère et une sœur habitant à proximité de la résidence. Il est en lien régulier avec sa famille.

M. J est bénéficiaire du RSA et réside à Adoma depuis trois ans environ, suite à sa sortie d'incarcération (violences conjugales avec une mesure d'éloignement. Utilisation et trafic de stupéfiants).

Au départ, il était contraint de porter un bracelet électronique; il avait donc un suivi SPIP. Cette mesure a pris fin il y a un an.

M. J, diagnostiqué schizophrène de type paranoïaque, est régulièrement hospitalisé en psychiatrie. Pendant l'été 2022, il a dû être hospitalisé sous contrainte (SPDT) en raison de propos et de comportements délirants. Persuadé qu'un voisin entretenait des relations physiques avec son ex-femme, il voulait tuer ce dernier. Les voisins ont alerté la RR* qui à son tour a alerté les secours. Sa sœur, accompagnée par les pompiers, l'a trouvé en train d'attendre le voisin en question avec un couteau. Il tenait des propos très délirants et essayait de s'en prendre à elle, imaginant qu'elle lui voulait du mal. Elle a signé le certificat permettant d'hospitaliser son frère sous contrainte (SPDT).

Je connaissais très peu M. J, mais après cette crise, la RR m'explique que, depuis plusieurs mois, il a des propos délirants avec des menaces à caractère violent. Il ne semble plus prendre son traitement. Elle le soupçonne d'addictions (alcool, haschich et d'autres stupéfiants).

Je prends rapidement contact avec l'EPSM** où il est hospitalisé. Je peux échanger avec le psychiatre qui le prend en soins. J'évoque l'hypothèse que M. J « délire à bas bruit » depuis un certain temps. Le psychiatre me confirme que même sous neuroleptiques, le patient adhère toujours à ses délires, qui sont surtout de nature persécutoire. Le psychiatre est d'accord pour dire que M. J a une potentielle violence, surtout envers des personnes ciblées par ses délires de persécution.

RÉSEAU INTERMED

J'organise un entretien téléphonique entre la responsable de résidence et le psychiatre afin que la responsable puisse témoigner des faits et de son ressenti quant à la dangerosité potentielle de M. J. En effet, la responsable de résidence se dit ne pas sentir complètement en sécurité dans la résidence. Elle craint surtout que M. J apprenne qu'elle est à l'origine de son hospitalisation. Le psychiatre dit que M. J est très malade, a besoin des soins et aura une hospitalisation longue. Il assure à la responsable de résidence qu'aucune sortie n'est envisagée étant donné l'état de santé actuel de patient : une hospitalisation longue permettra de bien stabiliser son état.

*Avec le médecin, nous parlons de son avenir et nous échangeons sur le fait qu'un logement autonome n'est pas le mieux adapté. Nous évoquons d'autres possibilités, comme un appartement de soutien, par exemple. Je dis qu'une réunion de synthèse inter-partenariale avec tous les acteurs (équipe de soins, AS**, bailleur, Intermed, CMP***) semble indispensable avant d'envisager toute sortie pour travailler un autre projet. Le psychiatre est en total accord.*

Pendant son hospitalisation, je suis très régulièrement en lien avec l'équipe soignante et avec le psychiatre. Le psychiatre me dit que, si jamais un retour à domicile est envisagé, ce sera « a minima » avec des neuroleptiques retard en injectable, une obligation de soins, et sans doute le soutien de l'hôpital de jour. Mais le médecin me redit que, pour l'instant, aucune sortie n'est prévue dans l'immédiat.

Trois jours plus tard, le RR m'informe que M. J est sorti d'hospitalisation. Stupéfaction et déception! Après tout le travail de coordination fait afin de préparer une sortie optimale! J'étais persuadée que le médecin avait compris nos inquiétudes quant à héberger un monsieur potentiellement dangereux en logement autonome. Je prends immédiatement contact avec le service hospitalier pour mieux comprendre la situation. Un soignant intérimaire, connaissant très peu le patient, m'informe que M. J est sorti avec un retour à domicile. L'intérimaire ne peut pas me renseigner sur l'état du patient à la sortie et a comme seule information que le lien a été fait avec le CMP. Je contacte le CMP de Thonon. L'infirmière m'informe que M. J est sorti avec un programme de soins se limitant à un traitement per os car le patient en a refusé la forme injectable. Elle estime que monsieur délirait toujours et aurait dû être hospitalisé plus longtemps. Elle me parle du manque d'offre de soins psychiatriques dans la région.

Faute de mieux, M. J devrait être suivi tant bien que mal en ambulatoire. Il devrait se présenter une fois par semaine au CMP pour que l'infirmière prépare son semainier. Il devrait également avoir un rendez-vous avec un psychiatre une fois par mois. Mais difficile de suivre la compliance au traitement d'un patient qui n'a comme obligation qu'une visite par semaine au CMP! La surveillance journalière était sans doute préférable mais le CMP n'a pas les moyens et aucun cabinet IDEL ne voulait le prendre en soins...

La direction d'Adoma adresse un courrier à la direction de l'hôpital en manifestant sa surprise et son mécontentement quant au retour précipité d'une personne toujours en besoin de soins complets.

RÉSEAU INTERMED

À la suite de ce courrier, je peux mettre en place une synthèse entre le CMP, l'AS**** de M. J, Intermed et Adoma. Certes, c'est une synthèse après son retour à domicile, avec le sentiment d'être mise devant le fait accompli. Néanmoins, l'infirmière du CMP peut expliquer à Adoma les modalités de son obligation de soins. Elle parle du dysfonctionnement de la psychiatrie et de l'impossibilité du CMP à mettre en place un cadre aussi contenant que possible. En plus de son suivi au CMP, M. J est suivi en addictologie ainsi que par son médecin traitant. Elle nous explique que malheureusement, les personnes ne peuvent plus être soignées de façon optimale à l'hôpital et qu'il a plusieurs cas tout aussi inquiétants que celui de M. J, avec un suivi en ambulatoire sur le Chablais. L'infirmière du CMP évoque aussi le fait que la propre famille de M. J a également beaucoup de craintes par rapport son hétéro-agressivité.

Le CMP demande à la RR de signaler le moindre signe de changement de comportement. Je fais le point très régulièrement avec le CMP. Il me semble qu'Adoma (surtout la RR) est rassuré de savoir que le CMP est à l'écoute de leurs inquiétudes, et de savoir que plusieurs acteurs suivent M. J. Ceux-ci peuvent alerter rapidement, si besoin. Pour l'instant, la situation semble tenir et, manifestement, M. J prend son traitement de façon régulière car il est plutôt « éteint » sous l'effet des neuroleptiques.

La situation se « tient » aussi, de mon point de vue, grâce à l'investissement et au travail remarquable de l'infirmière du CMP. Son travail difficile n'est pas simplifié par le turn-over constant des psychiatres et d'autres collègues au CMP de Thonon. Cependant, je ne veux nullement juger le travail du psychiatre de l'EPSM. Ayant échangé avec lui à plusieurs reprises, j'ai toujours trouvé qu'il était très à l'écoute, avec une approche juste et empathique. Il subit certainement aussi les conséquences du manque de moyens actuels de la psychiatrie.

Pour conclure, il semble important qu'Intermed collabore étroitement avec les équipes du CMP afin d'essayer de pallier au mieux en ces temps difficiles le manque de soins en général, et tout particulièrement en psychiatrie.

* Responsable de résidence

** Établissement public de santé mentale

*** Centre médico-psychologique

**** Assistant social

Katriona Robertson, infirmière de médiation et de coordination santé Haute-Savoie

Prendre le temps...

S'il est un résident de la pension de famille des Alpains qui ne me sollicite jamais, c'est bien lui. M. G, né en mai 1946, est entré dans la structure en avril 2012. Il est d'origine espagnole, pays dont il a gardé un fort accent, mais de nationalité française. Son parcours de vie est très chaotique : il est divorcé, a deux enfants dont il n'a plus de nouvelles, et est très endetté. Il vivait en CHRS à Annemasse avant son entrée.

Je comprends par la responsable de résidence qu'il faudra aller vers monsieur, parce que lui ne veut plus la voir. Elle l'a beaucoup accompagné sur le plan social à son entrée, mais il la rend responsable d'une « manipulation administrative » et elle est, à ses yeux, une « malhonnête ».

Ce mot, je l'entendrai souvent prononcé par monsieur. Il ne voit plus de médecin, ils sont « malhonnêtes », plus de travailleur social, « malhonnête » aussi, la banque, la sécu, la CAF, les impôts et toute sorte d'administration, plus « malhonnêtes » les unes que les autres. De ce fait, monsieur ne perçoit pas les APL auxquelles il a droit...

Pendant sept ans, je vais veiller à le rencontrer. Il n'est pas réticent. La porte s'ouvre et il m'explique combien il souffre de partout, combien il est faible, fatigué et dépressif. Il veut aller à l'hôpital faire un « check-up » et y rester longtemps... Je lui explique que sa demande ressemble beaucoup à un hébergement en résidence autonomie, mais voilà, il faut instruire un dossier et nous sommes face à une horde de « malhonnêtes ».

L'urgence arrive fin avril 2022. Bien sûr, je ne suis pas présente sur la structure. Il sollicite alors la responsable de résidence qui appelle, avec lui, le 15, mais, encore un « malhonnête », qui l'oriente sur son médecin traitant... qu'il n'a pas !

Il va cependant arriver à consulter un médecin généraliste et vient me voir avec un courrier pour une orientation pour une hernie inguinale. Il s'avère que la priorité santé est ailleurs.

maintien dans le logement **RENCONTRE**

humilité **SOCIAL** politique citoyenne

accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**

PERSÉVÉRANCE soin relationnel

PATIENCE partage **CRÉATIVITÉ**

MOBILITÉ bienveillance

ADAPTATION acuité
travail en équipe

OUVERTURE

entraide
ACCOMPAGNEMENT

INTERMÉDIAIRE
médiation prendre le temps

RÉSEAU INTERMED

On y est ! Il va l'avoir son hospitalisation, son bilan de santé et je vais m'appliquer à coordonner tous ses rendez-vous, l'accompagner physiquement, organiser son hospitalisation complète et non en ambulatoire, obtenir un départ en SSR* en géronto-psy, interpeler le pôle senior pour son retour à domicile, envisager les aides à domicile, déclarer un médecin traitant. Il est d'accord sur TOUT !

Il revient à domicile fin août. Il va bien, physiquement transformé. L'accompagnement social se met en place avec le pôle sénior, les aides à domicile via la Carsat vont intervenir dans l'attente de la constitution du dossier APA**. On évoque une demande en résidence autonomie, à laquelle il adhère. Je poursuis l'accompagnement dans le soin, l'emmène chez son médecin la première fois, coordonne encore quelques rendez-vous hospitaliers.

Le lien est agréable. Au cours de ces accompagnements, monsieur se livre beaucoup sur sa vie, sa femme (« malhonnête », bien sûr). Me remercie chaque fois.

Puis, je constate qu'il me remet à distance, il n'est pas retourné chez le médecin, n'a donc plus de traitement. Il a arrêté les aides à domicile. Il n'a pas fourni les documents nécessaires à l'assistante sociale du pôle sénior pour la demande APA. Physiquement, il est de nouveau amaigri, fatigué, douloureux... Et toujours cerné de « malhonnêtes ».

Mais, et surtout... Il n'est toujours pas opéré de son hernie inguinale !

Je veille...

* Soins de suite et de réadaptation

** Allocation personnalisée d'autonomie

Catherine Cognard, infirmière de médiation et de coordination santé Haute-Savoie

LA MISSION ASILE/RÉFUGIÉS

Les bénéficiaires

39 bénéficiaires ont été suivis en 2022, répartis comme suit :

- 42% en CADA
- 37% en HUDA
- 21% en résidences sociales

Nombre de dossiers ouverts dans l'année

12 nouveaux dossiers

12 dossiers clôturés

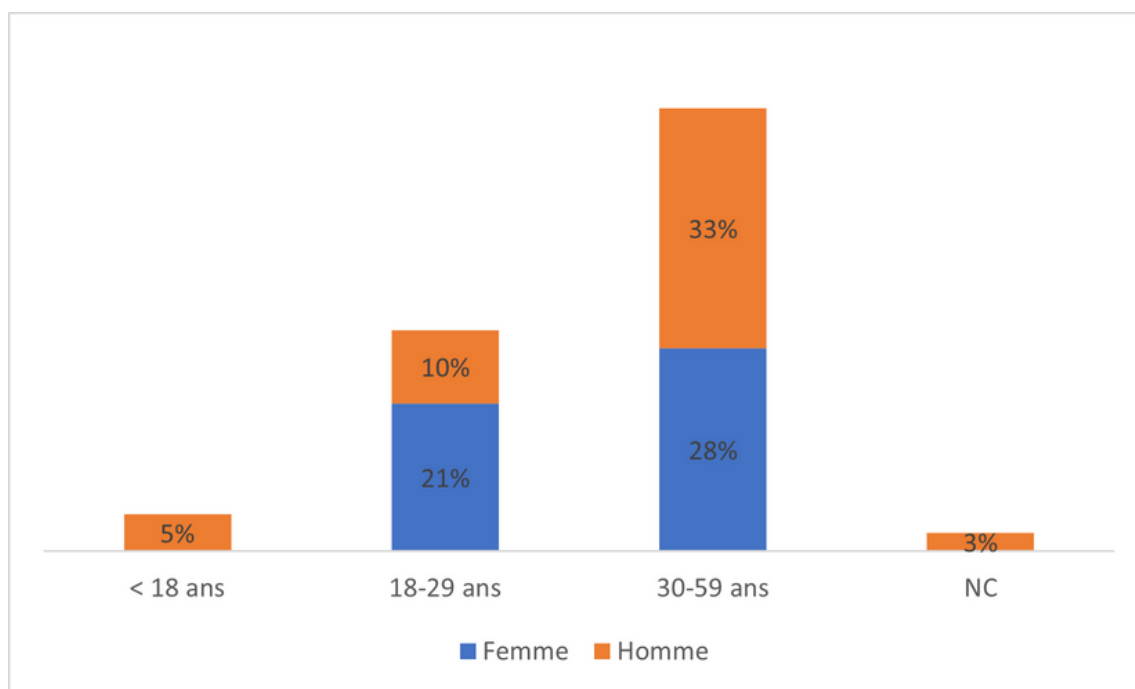
Accompagnement moyen de près de 1,5 an.

Sociologie des publics accompagnés

Il y a une quasi-parité entre hommes et femmes accompagnés.

L'âge moyen des personnes accompagnées est de 34 ans.

À noter la part significative de mineurs et jeunes adultes (18% ont moins de 25 ans).

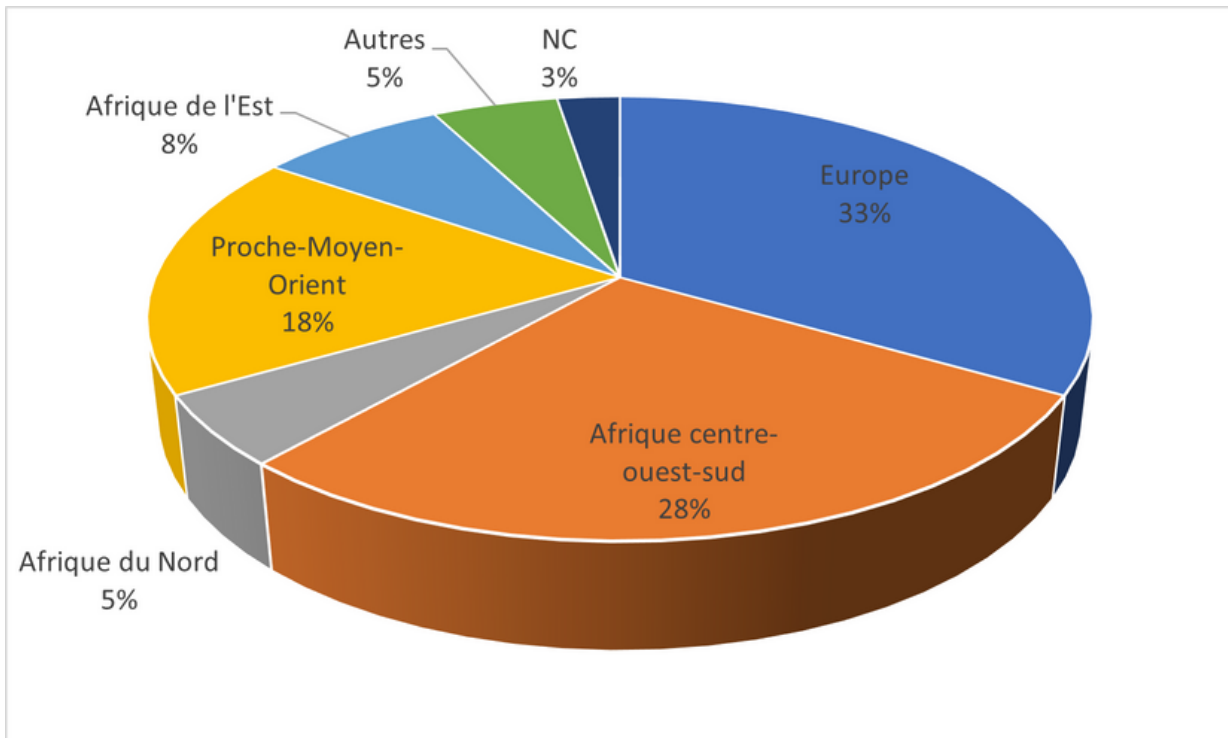


maintien dans le logement **RENCONTRE**
 humilité **SOCIAL** politique citoyenne
 accès aux soins **COMPLÉMENTARITÉ**
PERSÉVÉRANCE soin relationnel
PATIENCE partage **CRÉATIVITÉ**
MOBILITÉ bienveillance
ADAPTATION acuité
 travail en équipe
OUVERTURE
 entraide
ACCOMPAGNEMENT
 INTERMÉDIAIRE
 médiation prendre le temps

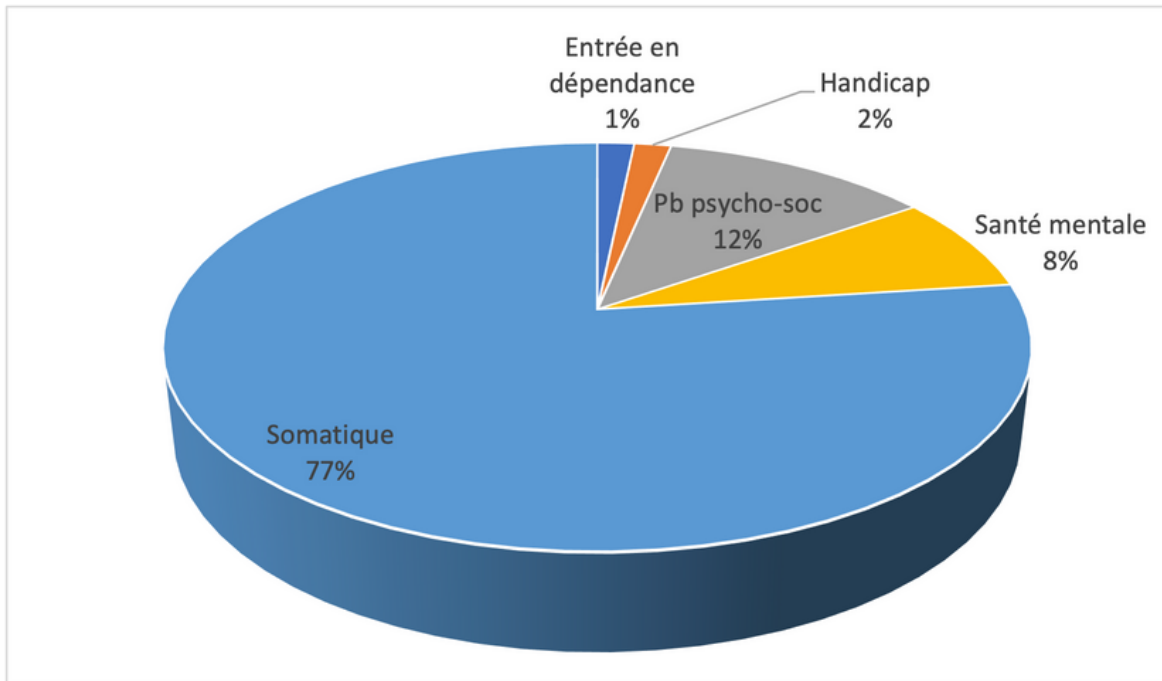
Pays d'origine des publics accompagnés

Un tiers des publics accompagnés sont européens, majoritairement d'Europe de l'Est (Albanie, Géorgie, Kosovo, Macédoine).

Les publics originaires d'Afrique centrale-Ouest-Sud sont également assez présents (notamment Guinée, 15%).



Les problématiques rencontrées



Les trois quarts des problématiques rencontrées sont d'ordre somatique.

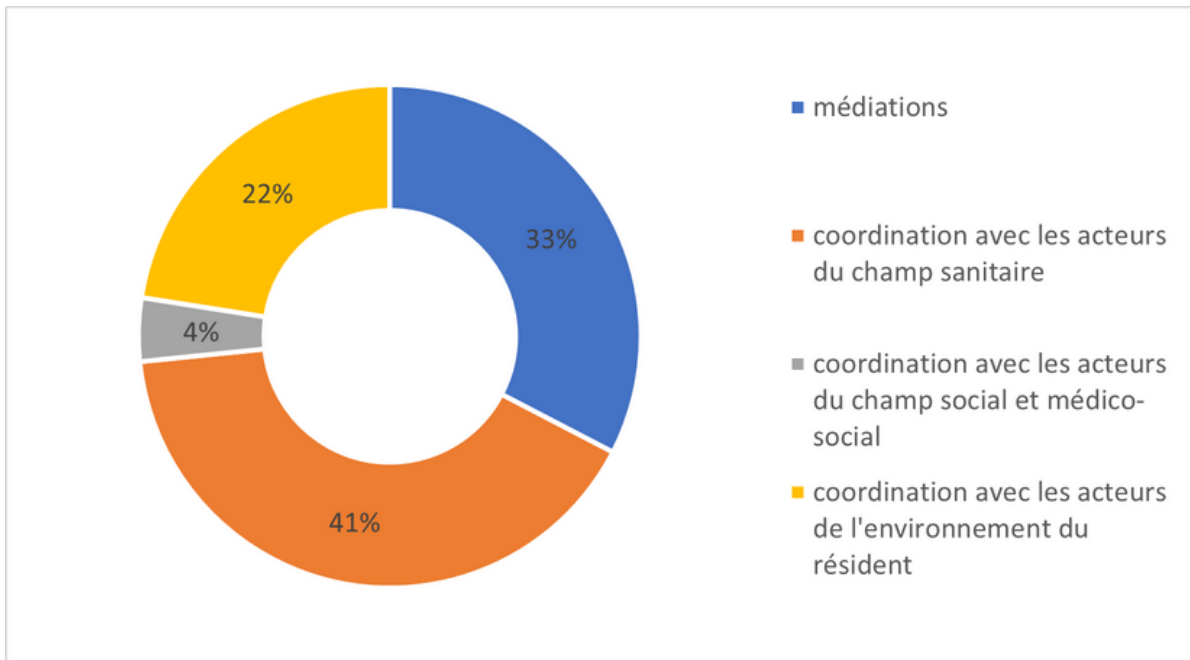
Les problématiques somatiques sont celles qui s'expriment le plus facilement pour les hébergés (douleurs, maladies déjà connues), a contrario des problématiques psychologiques qui sont plus longues à émerger.

Un peu plus dans le détail, les principales problématiques repérées et prises en charge sont :

- Les problématiques liées à la maternité/santé de la femme (16%)
- Dans les mêmes proportions (11%) les problématiques digestives et les syndromes dépressifs
- Les problématiques infectieuses (8%).

Les actes réalisés

466 actes de médiation et de coordination ont été menés sur la période, soit plus de 12 actes par personne suivie. Ces actes de médiation/coordination se répartissent ainsi :



La majorité des actes réalisés par les équipes du Réseau Intermed portent sur la coordination avec les acteurs du soin, principalement auprès de la médecine générale hospitalière (15%).

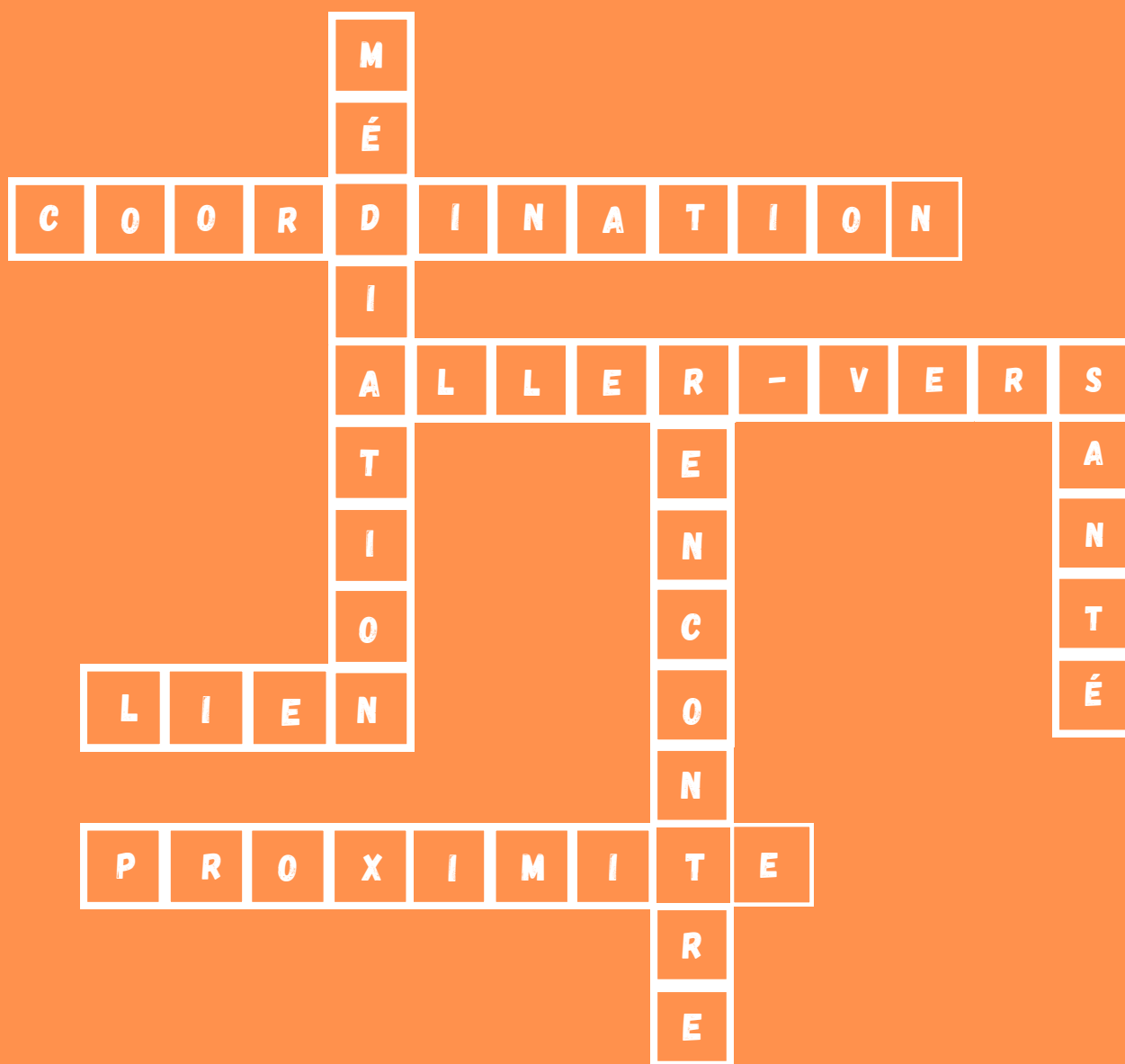
Un tiers des actes concerne le travail d'aller-vers et la médiation auprès des résidents, en particulier les entretiens et visites à (ou hors) domicile (25%).

Les actes liés à la coordination avec les acteurs de l'environnement de vie concernent essentiellement le lien avec des associations humanitaires.

**LES FINANCEURS
DE L'ACTION EN HAUTE-SAVOIE**

Ils nous ont soutenus en 2022. Merci à eux.





144 rue Garibaldi
69006 Lyon
Tél. 04 72 83 22 91
www.intermed-reseau-sante.fr