



# 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**  
médiation prendre le temps  
**INTERMÉDIAIRE**

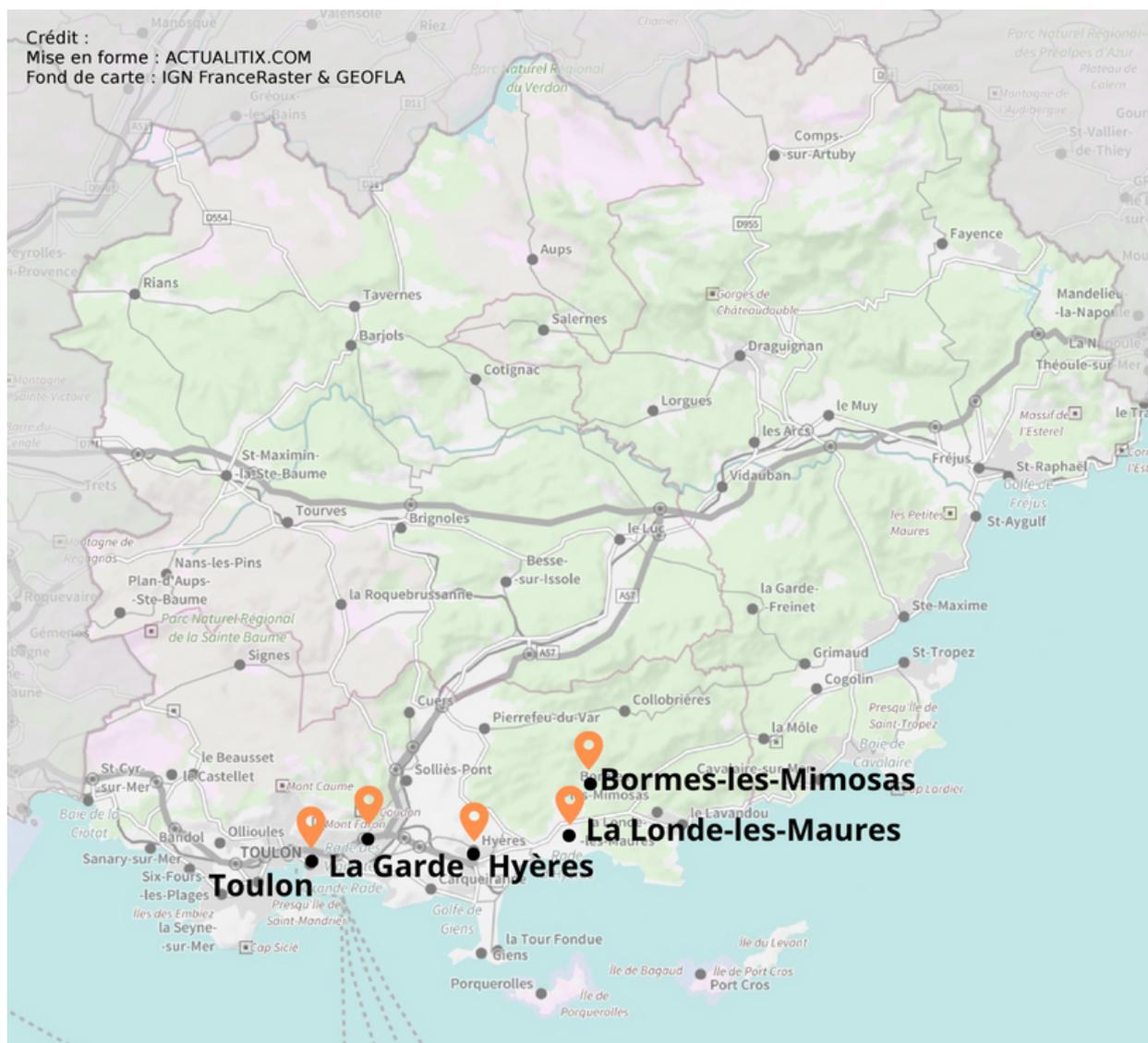
# L'activité en 2022

L'année 2022 a été marquée par des changements au sein de l'équipe mais surtout par une forte évolution du nombre de bénéficiaires suivis.

À noter également la mise en place des dispositifs passerelles.

Un travail a été engagé fin 2022 pour une ouverture des interventions Intermed sur l'est du département, ce qui a abouti en février 2023.

## Nos territoires d'intervention





## Les équipes du Var

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**

1 coordinatrice  
territoriale  
(0,8 etp)

**ALLIER**

1 IDE (0,6 etp)

**LOIRE**

1 IDE (0,5 etp)

**PUY DE DÔME**

3 IDE (1,8 etp)

**Isère-Drôme**

1 coordinatrice  
territoriale  
(1 etp)

**DRÔME**

2 IDE (2 etp)

**ISÈRE**

9 IDE (8,6 etp)  
1 psycho (0,6 etp)

**Rhône-Ain**

1 coordinateur  
territorial (1 etp)  
1 adjointe de  
coordination (1 etp)

**RHÔNE**

18 IDE (18 etp)  
1 psycho (1 etp)

**AIN**

1 IDE (0,8 etp)

**Les 2 Savoie**

1 coordinateur  
territorial  
(0,8 etp)

**SAVOIE**

4 IDE (3 etp)

**HAUTE-SAVOIE**

3 IDE (2,4 etp)

Pôle  
administratif  
3,1 ETP

**RAF**  
1 etp

**RRH**  
1 etp

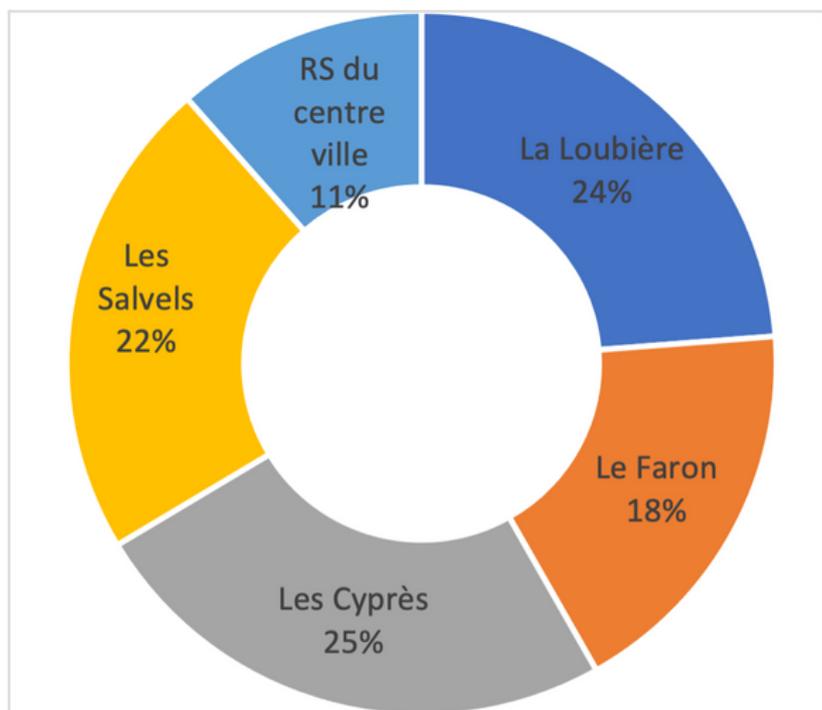
**Gestionnaire  
de base de  
données**  
0,5 etp

**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*  
**ADAPTATION** *acuité* **INTERMÉDIAIRE** *prendre le temps*  
*travail en équipe*  
**OUVERTURE**  
*entraide*  
**ACCOMPAGNEMENT**

## Les bénéficiaires

122 bénéficiaires ont été suivis en 2022 (soit une évolution de +67% par rapport à 2021), tous en logement accompagné au sein de structures ADOMA et répartis comme suit :



## Nombre de dossiers ouverts dans l'année

56 nouveaux dossiers

18 dossiers clôturés

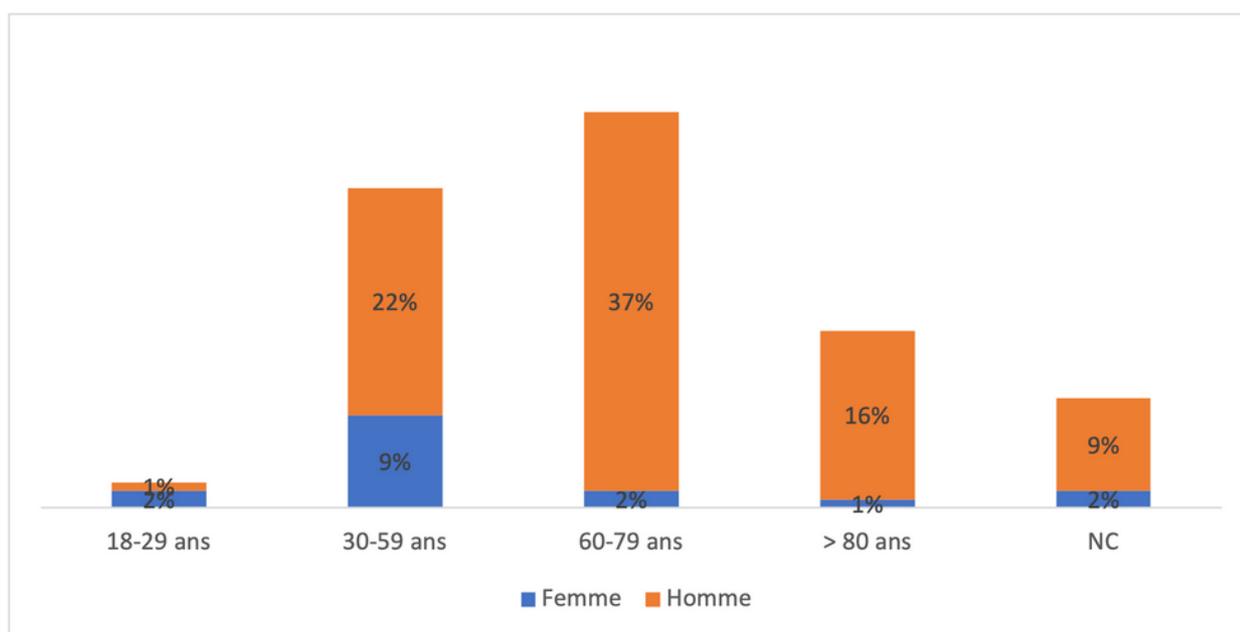
Accompagnement moyen de plus d'une année (mais c'est une donnée à pondérer car la mission n'a débuté que début 2021).

# Sociologie des publics accompagnés

Les sites d'intervention en mission socle Var sont encore fortement occupés par les anciens travailleurs migrants (les chibanis). Cela est retrouvé dans la sociologie des publics accompagnés (hommes, âgés d'Afrique du Nord)

Les hommes représentent 85% du public. L'âge moyen est de ce fait très élevé : 64 ans.

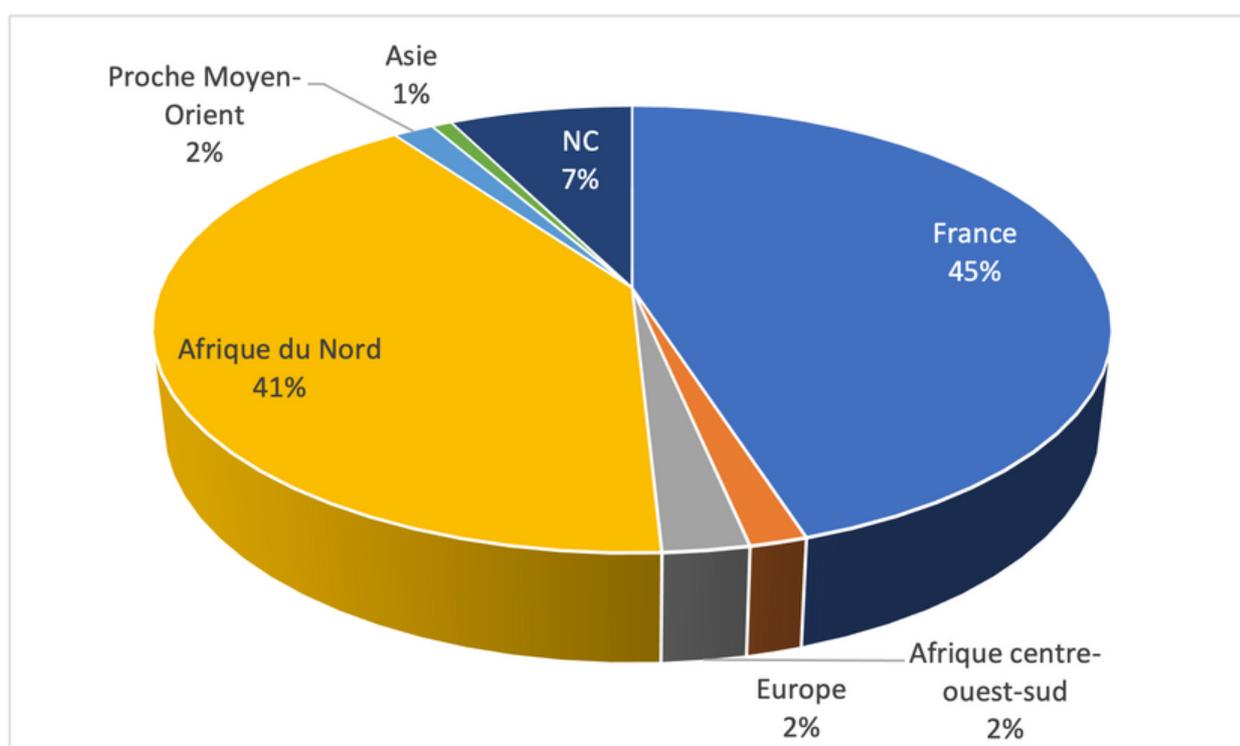
56% du public a plus de 60 ans (17% a même plus de 80 ans). Mais le public accompagné tend à se rajeunir, du fait d'une plus grande présence de résidents sous statuts réfugiés au sein des résidences sociales.



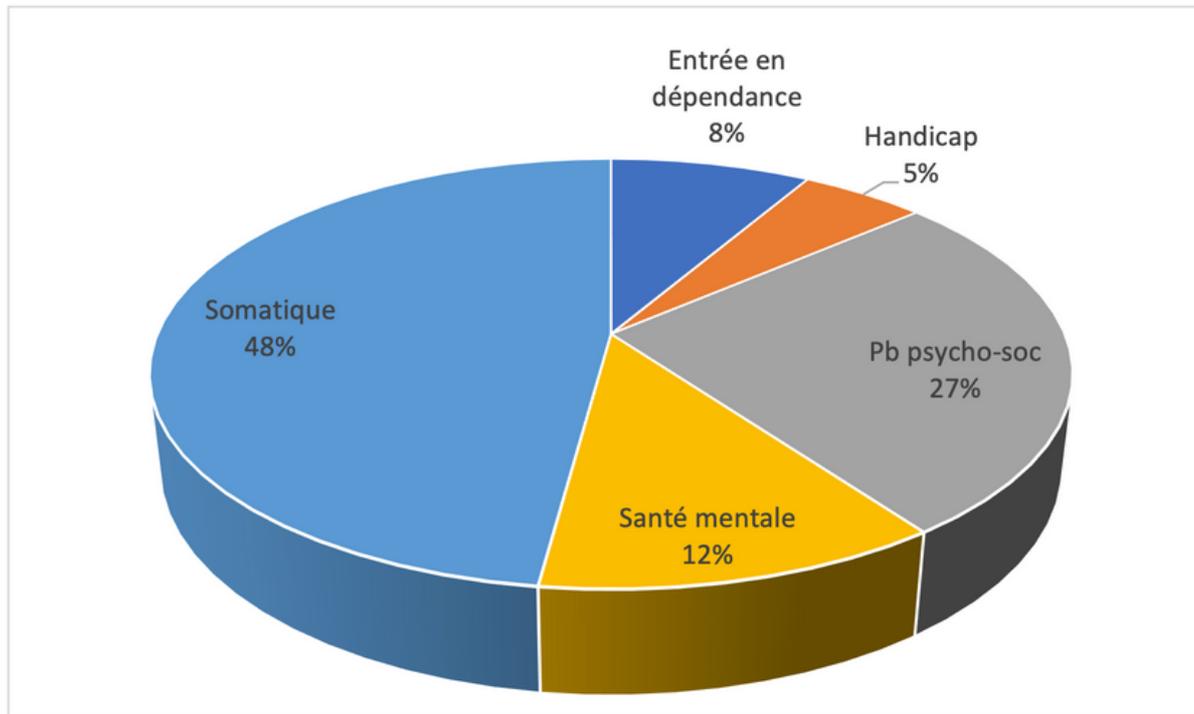
## Pays d'origine des publics accompagnés

Le public historique des chibanis est encore très présent dans le Var et représente 41% du public accompagné (algérien pour 20% et tunisien pour 18%).

Dans le cadre du renouvellement du public logé en logement accompagné, 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, devenant le public majoritairement accompagné.



# Les problématiques rencontrées

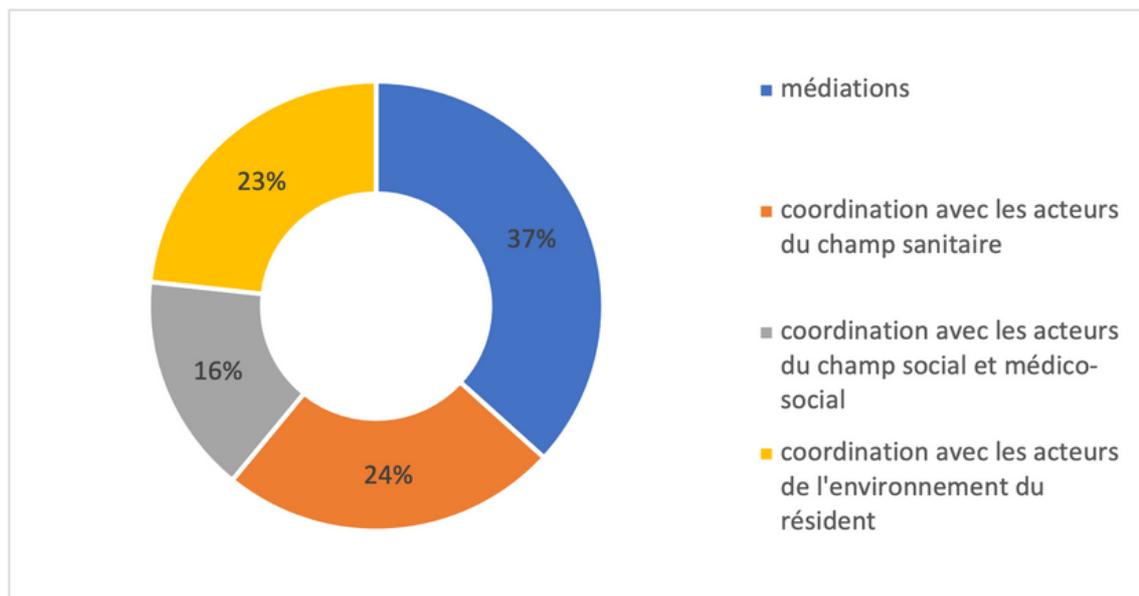


Un peu plus dans le détail, les principales problématiques rencontrées sont :

- Les conduites addictives et l'isolement dans les mêmes proportions (7%).
- La perte d'autonomie (6%). Dans les mêmes proportions nous retrouvons les pathologies pneumologiques.
- Les problématiques cardio-vasculaires et orthopédiques sont rencontrées dans les mêmes proportions (5%).

## Les actes réalisés

**2711** actes de médiation et de coordination ont été menés sur la période, soit près de 12 actes par personne suivie. Ces actes de médiation/coordination se répartissent ainsi :



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

Un quart concerne la coordination avec les acteurs du soin.

Les principaux actes concernent :

- Le lien avec les équipes ADOMA (22%), soit la majorité des actes liés à la coordination avec l'environnement de vie du résident
- Les appels/SMS pour notamment garder le lien avec le résident (14%)
- Les entretiens et visites à et hors domicile (11%). Dans les mêmes proportions nous retrouvons la coordination avec les services sociaux
- La coordination avec les professionnels paramédicaux (7%)
- La coordination avec la médecine de ville (5%)

À noter que 8% des actes concernent des tentatives d'entrée en lien avec le résident orienté mais qui n'ont pu aboutir (absence du résident, refus...).



# Un retour d'hospitalisation à couper le souffle !

Je suis saisie en février 2022 par la responsable de résidence au sujet de la situation de Mr BREATH (nom d'emprunt qui veut dire souffle en anglais).

Ce résident est hospitalisé en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et la seule information dont je dispose est qu'il n'a ni complémentaire santé solidaire (CSS), ni mutuelle et par conséquent qu'il a contracté une dette hospitalière importante. La responsable de résidence ne connaît ni le motif d'hospitalisation ni son état de santé à ce jour. Je décide d'aller vers le résident et de le rencontrer sur place, en SSR, afin de recueillir l'adhésion de Mr BREATH si un accompagnement Intermed est nécessaire.

Je me présente à l'équipe de soins, explique ma mission et donne mes coordonnées. Une aide-soignante me conduit dans la chambre. Pour la petite anecdote, je me rends compte au bout de quelques minutes d'entretien que la personne à qui je viens de donner ma carte de visite ne connaît pas la responsable de résidence, n'habite pas Adoma : qu'il ne s'agit tout simplement pas de Mr BREATH. Cette situation a bien fait rire l'équipe de soins, en ce qui me concerne, beaucoup moins...

Une fois auprès « du bon patient », je découvre un homme de 68 ans, maigre, les traits tirés et le teint pâle, des lunettes à oxygène passant sous son nez. Il fait plus que son âge. Sa voix est saccadée, et il doit régulièrement reprendre sa respiration. Il est attentif et malgré la barrière de la langue qui peut faire obstacle à certains propos, nous nous comprenons. Il verbalise être content d'avoir de la visite. Au fil de la discussion, je comprends que Mr ne sait pas pourquoi il est hospitalisé. Avec son accord, je sollicite un entretien auprès du médecin. Le médecin m'informe que Mr est en post-Covid et qu'avec ses antécédents de fibrose pulmonaire, les suites avaient été compliquées.

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

Je donne de nouveau mes coordonnées, mais cette fois ci au médecin qui les note directement sur le dossier médical. J'explique que je souhaite être prévenue dès que la sortie est décidée par le staff médical pour anticiper au mieux le retour à domicile de Mr BREATH. Le médecin est clair : il me fera contacter mais souhaite que la coordination pour le retour à domicile se fasse par leur service avec leur prestataire. Il m'informe que Mr BREATH sortira sous oxygène, avec des passages infirmier et kiné, et un suivi avec un pneumologue à mettre en place. Les choses sont convenues ainsi.

Je fais évidemment un retour à monsieur sur ce qui est pensé pour lui et lui explique les raisons de son hospitalisation. Il semble soulagé et reconnaissant de la démarche.

Durant l'hospitalisation de Mr, je mets en lien l'assistante sociale du SSR avec la responsable de résidence et la Responsable d'insertion Sociale pour accompagner Mr à accéder à une CSS. Lors de notre entretien j'ai recueilli son adhésion mais il manque des documents à l'assistante sociale pour l'ouverture des droits. J'apprendrai par la suite qu'Adoma, avec la loi RGPD, n'a pas le droit de communiquer les documents et qu'aucune solution n'a pu être trouvée.

Quinze jours passent.

Il est 16h30, je passe fortuitement sur la résidence des Cyprès où habite Mr BREATH. J'apprends par la responsable de résidence que Mr est revenu tôt ce matin à son domicile. Le service de SSR ne m'a pas prévenu. Je décide d'aller voir Mr à son domicile. Il peine à venir ouvrir la porte. Il est essoufflé. Je ne vois pas de lunettes à oxygène sur son visage et aucune cuve ni autre dispositif à oxygène dans le logement.

Sur la table, une liasse d'ordonnances et de comptes rendus médicaux (passage infirmier/kiné à domicile/vaccins/traitements médicamenteux dont des aérosols plusieurs fois par jour...), mais rien de mis en place.

Mais le plus invraisemblable c'est que Mr BREATH dit être sans oxygène depuis son retour à 10h du matin. Il est pratiquement 17h !

J'appelle aussitôt le médecin d'astreinte de SSR. Après avoir été filtrée par plusieurs interlocuteurs à qui j'explique la situation, j'arrive à lui parler. Ce n'est évidemment pas celui que j'avais rencontré. J'exprime mon étonnement de ne pas avoir été prévenue du retour de Mr et sur le manque de coordination constatée. Elle m'explique que Mr a changé de service durant l'hospitalisation et que l'information n'est pas passée. Pour le reste, elle n'a aucune explication à fournir. Je lui fais part de la situation de Mr sur l'absence d'oxygène. Le médecin est surpris que la société d'oxygène ne soit pas intervenue. Cela fait 7 heures qu'il n'a pas d'oxygène. Elle parle d'urgence vitale et insiste pour que j'appelle immédiatement le SAMU pour le faire hospitaliser. J'exprime un refus de m'exécuter en invoquant sa responsabilité et celle de son service, qu'elle connaît mieux le dossier de Mr et que de médecin à médecin, tout le monde le sait : les messages et consignes passent mieux. Je lui demande de me rappeler dès que ce sera fait et que je reste à coté de Mr pendant ce temps. Elle accepte.

## RÉSEAU INTERMED

*Le médecin me rappelle quelques minutes plus tard pour m'expliquer que la société d'oxygène serait passée en fin de matinée et que Mr n'aurait pas répondu. Mr n'a aucun message sur son répondeur, la responsable de résidence n'a pas été sollicitée, et le service SSR n'a semble-t-il pas été prévenu. Comme je le pressentais, le médecin a rencontré des difficultés à faire intervenir le SAMU. Les échanges avec la régulation furent houleux. Les pompiers arrivent vers 18h. Au repos, Mr reste à 90 de saturation. Il désature sévèrement à l'effort. Il lui est demandé de rester assis.*

*Entre temps, j'arrive à contacter la société d'oxygène qui envoie l'astreinte qui arrivera vers 20h...*

*Je coordonne avec la régulation du SAMU qui me demande si je peux rester sur place en attendant la venue de la société et éviter une hospitalisation.*

*À 20h, Mr BREATH respire ! Tout est installé. Mais comment cela se serait passé si je n'étais pas venue ce jour-là... Cette question restera un moment dans mes pensées !*

*Le lendemain, je mets en place les passages infirmiers, la livraison des compléments alimentaires est organisée, le kiné à domicile est trouvé, les divers rendez-vous sont pris. C'est moi qui respire !*

*\* Affection longue durée*

*\*\* Conseil local d'information et de coordination gérontologique*

**Ingrid Tisseur, infirmière de médiation et de coordination santé Var**



**ZOOM SUR...**



## ...les actions collectives

**3 actions collectives ont été menées sur l'année et ont rassemblé plus de 40 bénéficiaires.**

- 2 portaient sur la prévention du diabète, en partenariat avec le CODES 83
- 1 portait sur le lien social, en partenariat avec les équipes ADOMA.

## ...les dispositifs passerelles

Le dispositif s'est mis en place en mai 2022, avec pour partenaire VARSEF.

- Il concerne **5 bénéficiaires** :
  - 2 au Faron ;
  - 2 aux Cyprès ;
  - 1 aux Savels.
- Au 31 décembre 2022, le dispositif passerelle a couvert un total de **250 heures**.
- L'âge moyen d'accès au dispositif est de 64 ans, dont deux résidents de moins de 60 ans pour lesquels :
  - Une demande de PCH est en cours pour l'un
  - Aucun accès au droit commun (âge et pathologie) pour l'autre.



# **LES FINANCEURS DE L'ACTION DANS LE VAR**

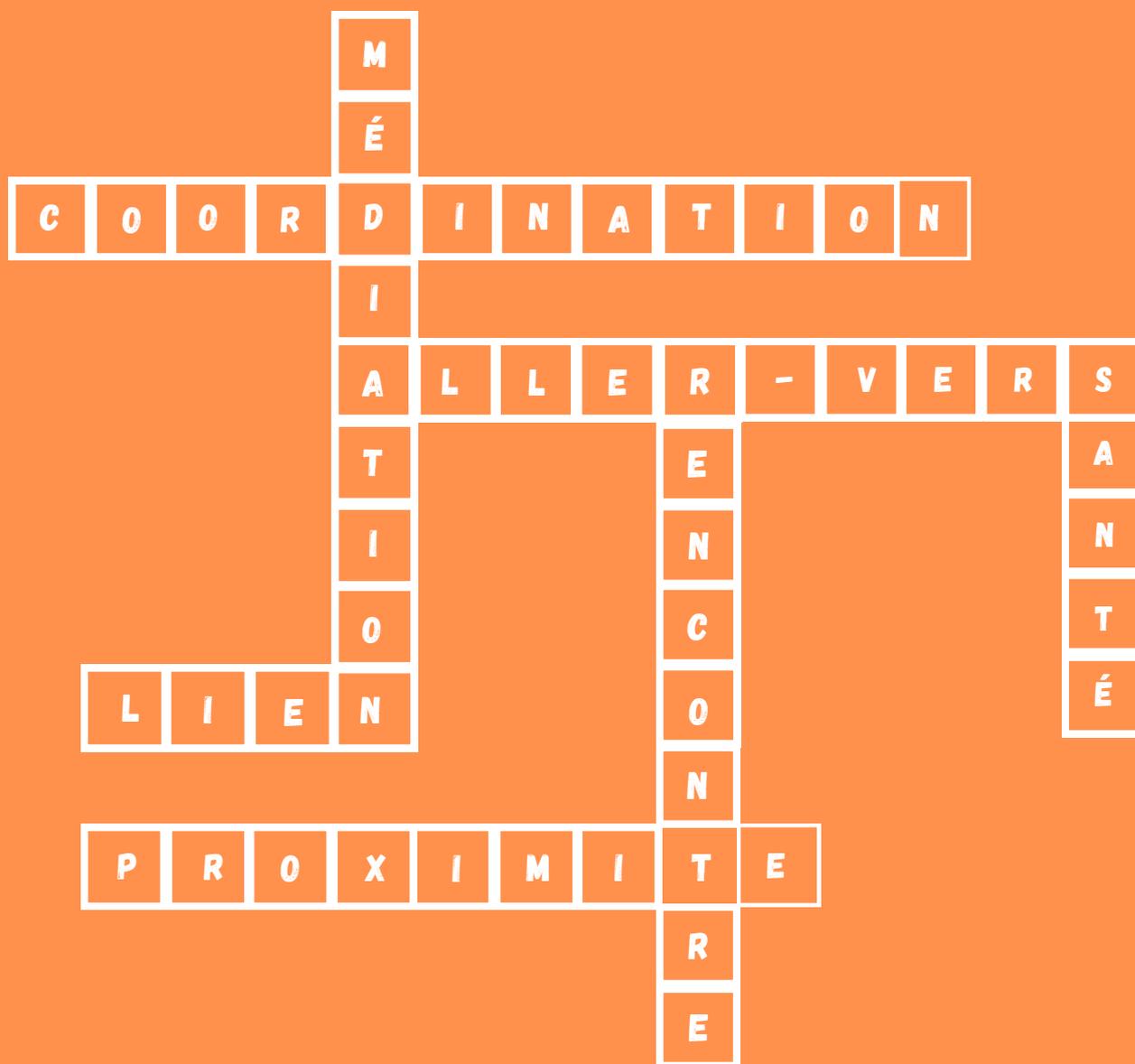


*Ils nous ont soutenus en 2022. Merci à eux.*









144 rue Garibaldi  
69006 Lyon  
Tél. 04 72 83 22 91  
[www.intermed-reseau-sante.fr](http://www.intermed-reseau-sante.fr)