



## BILAN / RAPPORT D'ACTIVITE 2018

ESPERANCE

MEDIATION SANTE

POLE DE DEVELOPPEMENT SOCIAL

### I. EDITORIAL

Ce bilan rend compte de la 3<sup>ème</sup> année de fonctionnement de la Médiation Santé. Il vient confirmer à la fois les besoins du public d'avoir un interlocuteur facilitateur pour les démarches d'ouverture de droit d'une part, de pouvoir s'appuyer sur un lien de confiance pour porter à nouveau attention à sa santé d'autre part. Les modalités de mise en œuvre de la Médiation Santé sont elles aussi confirmées : la tenue d'une permanence accessible à tous, une intervention ponctuelle pour les ouvertures de droit et des accompagnements à moyen et long terme pour soutenir les démarches de soins, avec un travail en réseau, particulièrement pour les situations lourdes. Cette année a été marquée par de nombreux changements d'organisation sur cette mission, avec la création d'un poste infirmier disponible à 0.4 ETP sur quatre résidences ADOMA et à 0.1 ETP sur la résidence de l'III (SIBAR). L'infirmière travaille en binôme avec les travailleurs sociaux référents des résidences, là où avant un travailleur social était intégralement responsable et à temps plein de cette mission. A la construction du poste s'est donc ajouté le développement d'un nouveau fonctionnement en interne et vis-à-vis du réseau de partenaires. Avec les données collectées, les analyses associées et quelques accompagnements décrits nous allons présenter dans ce bilan l'activité de la Médiation Santé.

### II. MISSIONS / PRESTATIONS DELIVREES

#### 2.1. La MEDIATION SANTE EN CHIFFRE

##### 2.1.1 Nombre et nature des contacts et leur répartition par résidence

	Nombre D'entretien	Nombre de visite	Total des contacts	Nombre de personnes différentes	Nombre de personne nouvelle	Nombre de permanence
<b>Kibitzenau</b>	117	10	156	47	10	33
<b>Stockfeld</b>	40	13	47	40	12	30
<b>Ziegelwasser</b>	41	9	82	44	11	35
<b>Ried</b>	36	2	31	39	6	33
<b>total</b>	<b>227</b>	<b>34</b>	<b>311</b>	<b>170</b>	<b>39</b>	131

### 2.1.2. File active par mois et par établissement

	janv	fév	mars	avril	mai	juin	Juil *	août	sept	oct	nov	déc
<b>Kibitz</b>	10	10	12	13	19	18	20	18	20	19	19	20
<b>Stock</b>	6	8	8	7	7	10	8	7	19	16	12	15
<b>Ziegel</b>	8	7	5	5	5	7	13	17	17	17	14	14
<b>Ried</b>	2	2	2	3	2	2	4	5	17	5	12	4
<b>total</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>47</b>	<b>71</b>	<b>54</b>	<b>57</b>	<b>49</b>

### Observations :

Au regard des différents éléments de ces tableaux nous constatons que le fait de travailler dans des résidences connues des travailleurs sociaux permet de cibler plus facilement les besoins des résidents. Par exemple, la résidence du Ried n'était pas connue du travailleur social, et l'infirmière travaillait en autonomie sur cette résidence. Les temps de permanence correspondant au temps de permanence des responsables de résidence ADOMA sont également un atout pour organiser le travail de la Médiation Santé. Ces données nous encouragent comme dit précédemment à augmenter le nombre de maraudes et les temps d'actions collectives, comme cela a déjà été testé sur la résidence Kibitzenau où l'on observe plus de stabilité pour la file active. Pour rappel, la médiation santé n'a pu se mettre en place réellement que début avril, avec l'embauche d'une infirmière et le remplacement effectif par les travailleurs sociaux d'une salariée en arrêt maladie. Dès mai, une augmentation du nombre de personnes rencontrées est mesurable.

#### **2.1.3. Origine de la demande**

	Resp Résidence	Travailleur Social	Sollicitation directe	Partenaires
<b>Kibitz</b>	10	2	24	1
<b>Stock</b>	1	5	7	0
<b>Ziegel</b>	7	3	16	3
<b>Ried</b>	4	3	5	2
<b>Total</b>	22	13	48	5
<b>%</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>6</b>

### Observations :

Ces données montrent les différents modes d'accroches pour accompagner le résident dans ses démarches de soin. Certaines résidences comme Kibitzenau ou Ziegelwasser accueillent des patients plus autonomes et habitués à une permanence pour cette mission. Pour les autres résidences avec des personnes isolées ayant des problèmes de santé plus invalidants, les entretiens sont souvent plus longs. Il peut arriver que des partenaires extérieurs nous sollicitent pour intervenir auprès de certains résidents que nous ne connaissons pas encore.

#### 2.1.4. Nombre de fois où la personne a été vue en entretien

Trim/	1 <sup>er</sup> trim		2 <sup>nd</sup> trim		3 <sup>em</sup> trim		4 <sup>ème</sup> trim		
<b>Volume</b>	1 fois	3 fois et plus	1 fois	3 fois et plus	1fois	3 fois et plus	1 fois	3 fois et +	Dont 10  Fois et plus
<b>Kibitz</b>	5	7	16	21	16	21	16	21	10
<b>Stock</b>	3	5	6	4	6	4	6	4	2
<b>Ziegel</b>	6	2	20	10	20	10	20	10	2
<b>Ried</b>	0	2	8	5	9	5	8	5	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>14</b>

Observations : Ce tableau permet de mettre en évidence que certains suivis nécessitant une approche globale et un contact avec différents partenaires demandent plus de temps. Les personnes qui sont vues dix fois ou plus sont des personnes aux hospitalisations fréquentes, nécessitant l'organisation des retours à domicile, les soins et le suivi extérieur.

### 2.1.5. Nombre de dossiers clos et raisons de l'arrêt

Résidence	N'ont pas donné suite	Réponse apportée	Réorienté Centre médico-soc Resp Résidence SOS aide aux Habitants Etage, Méd Traitant	Sortie Accès logt Adapté	Décès hospitalisation Incarcération Expulsion Logt autonome Mutation interne
<b>Kibitz</b>	13	13	13	0	1
<b>Stock</b>	4	8	1	1	1
<b>Ziegel</b>	5	23	0	1	0
<b>Ried</b>	3	6	1	2	1
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

#### Observations :

Nous pouvons constater que sur l'ensemble des suivis, une majorité a eu une réponse apportée aux besoins de la personne. On note également la part importante du refus de soins. Au cours des derniers mois nous avons également travaillé à améliorer le partenariat avec de nouveaux responsables de résidence, afin de mettre en lien le refus de soins et les conséquences allant souvent de pair en lien avec le logement (hygiène, endettement, etc...)

## 2.2 PROFIL DES PUBLICS

### 2.2.1 Le sexe

Hommes : 161 hommes

Femmes : 9 femmes sur 170 suivis

#### Observations :

La proportion des suivis correspond à la proportion des femmes logeant dans les résidences ADOMA. On peut aussi faire remarquer qu'elles sont rencontrées pour les mêmes problématiques santé que pour les hommes (addictions, troubles psychiatriques et problèmes de santé liés au vieillissement).

Sur la résidence Ziegelwasser, les suivis concernent des familles monoparentales et des couples. De ce fait, un enfant a été rencontré avant hospitalisation.

### 2.2.2 L'âge

Tranche d'âge	Année 2018 – en %	Année 2017 – en %
20-29 ans et -	2	6
30-39 ans	17	15
40-49 ans	25	21
50-59 ans	28	21
60-69 ans	19	22

<b>70-79 ans</b>	3	11
<b>80 ans et +</b>	6	4

Observations : Les chiffres de l'année 2018 en comparaison à l'année 2017 mettent en évidence que les suivis de soins des personnes les plus âgées ont représenté un nombre de sollicitations plus important. L'activité qui concerne les autres tranches d'âges reste proportionnelle par rapport au nombre de suivis.

### 2.2.3 Ressources

Type	Année 2018 – en %	Année 2017 – en %
<b>RSA</b>	51.7	41.8
<b>Salaire</b>	3.4	4.4
<b>Allocation chômage</b>	6.9	1.9
<b>Retraite</b>	10.3	20.9
<b>Invalidité</b>	1.7	1.9
<b>AAH</b>	24.1	9.5
<b>Aucun revenu</b>	1.9	5.7

Observations : Nous pouvons constater que le nombre de résidents bénéficiaires de l'AAH sont plus nombreux sur l'année 2018, notamment parce que les sollicitations directes suite à des problèmes de santé ont été nombreuses. Certains ayant droits n'avaient pas non plus

connaissance de cette aide à laquelle ils pouvaient prétendre. Cette aide a été proposée parfois en accord avec le service social de l'hôpital où le patient est suivi.

### **2.3 LES PROBLEMATIQUES**

Couverture sociale	52
Absence médecin traitant	39
Addiction	30
Trouble du comportement	32
Troubles psychiques	32
Dégradation état de santé	66
Baisse d'autonomie	30
Problème d'hygiène	12
Refus de soin	16
Problème de langue	25
Personne vulnérable	17
Problème de ressource	85

Observations :

Les chiffres mettent en évidence que l'accompagnement proposé répond à une demande administrative (mise en place de CMU, d'AAH, renouvellement d'ALD, ou choix d'une complémentaire) mais également à un besoin de soutien dans le parcours de soins. Les difficultés des résidents sont liées à leur situation de précarité, à la barrière de la langue, et à l'isolement social pour une majorité. Une rupture de soins est souvent visible lorsqu'une baisse d'autonomie est constatée (difficulté à entretenir le logement, difficulté à payer le loyer...). Les problèmes d'addictions, de troubles psychiatriques sont prévalents sur certaines résidences et ont orienté les objectifs de nos partenariats.

**2.3.1. Les entrées ou motifs du premier entretien****2.4 LA NATURE DE L'INTERVENTION**

Ouverture de droit de base à la sécu	53
Cmu c ouverture et renouvellement	
ACS adhésion à une mutuelle	
ALD orientation vers Médecin Traitant	
MDPH	20
Soutien démarche de soins	4

Hospitalisation	1
Lien avec médecin	3
Retour d'hospitalisation	10
Aide à domicile proposée	4
Accompagnement physique	8
Bilan de santé proposé	5
Orientation La Boussole	1
Mobilisation de réseau	35
Orientation vers le droit commun	20
Rétablissement de ressources	10
Secours alimentaire	10
Autre (à préciser)	0

#### 2.4.1. Couverture sociale

La couverture sociale et les droits liés à la santé sont le premier motif de sollicitation directe ou d'orientation par le responsable de résidence : l'accès aux droits et le maintien des aides proposées a été le premier objectif de cette mission. Il est pourtant important de mentionner qu'il s'agit pour l'infirmier et les travailleurs sociaux d'un moyen de rentrer en contact avec la personne pour évaluer son état de santé, la qualité de son parcours de soin, son autonomie, et enfin pouvoir proposer des objectifs adaptés et individualisés. Ainsi, le renouvellement des droits pour la CMU permet d'aider la personne à choisir un médecin traitant, ou proposer un bilan de santé, chercher à comprendre à quoi est dû un problème lié au logement, etc...

Concernant les renouvellements d'AAH, nous constatons des sollicitations directes nombreuses pour faire un recours suite à un refus des droits.

#### **2.4.2. Droits sociaux**

L'intervention au titre de la médiation santé doit permettre d'empêcher les ruptures de soins. L'assurance d'une présence de couverture sociale est un prérequis pour toutes ces problématiques. Les démarches liées à l'ouverture d'une CMU ou d'un dossier MDPH sont également des moyens de sensibiliser la personne à la prise en compte de son état de santé. En 2018, 20 dossiers ont été soumis à la MDPH, pour certains nécessitant un recours. En cas d'accord, si l'octroi d'une AAH est toujours accueillie comme un soulagement financier, il s'agit également d'une reconnaissance d'un handicap, de difficulté qui entravent le parcours d'insertion de la personne.

Dans les droits des personnes, l'équipe est également attentive aux conditions de vie de chacun, et si la réhabilitation des résidences, permet d'améliorer significativement le confort des locataires, des situations d'incuries et d'encombrement sont encore signalées. Si toutes les situations ne relèvent pas d'une maladie psychiatriques (de type syndrome de Diogène), l'équipe va tout de même, dans la mesure du possible travailler avec les personnes à l'entretien de leur logement.

#### **2.4.3. Soutien à la démarche de soin**

Si le nombre de demandes spontanées concernant le soutien à la démarche de soin est peu élevé, cet aspect de l'accompagnement est toujours questionné et proposé (y a-t-il un médecin traitant ? y a-t-il des problématiques que la personne souhaite travailler ?)

#### **2.4.4. La gestion de cas**

La gestion de cas concerne les accompagnements de résident sur des situations complexes. On note en moyenne 5 suivis par résidence où le nombre d'interventions (entretiens, échanges partenaires...) est mensuel. 5 personnes ont été vues plus de 24 fois sur l'année, avec des hospitalisations fréquentes et des refus de soins marqués. Une de ces situations a débouché sur un signalement de personne vulnérable, et partenariat avec l'Unité Verte.

Nous avons également remarqué au cours de l'année passée que l'intervention de l'infirmière facilite le dialogue avec le personnel médical et paramédical, et l'accompagnement des travailleurs sociaux en a été facilité. Cela a aussi permis de sensibiliser les responsables de résidences à certaines vigilances en lien avec les problématiques de santé.

Une personne a été physiquement accompagnée aux urgences psychiatriques.

#### **2.4.5. Orientation vers le droit commun**

Certaines demandes de résidents ne concernent pas la santé, et nous réorientons les personnes vers les CMS de secteur, les assistantes sociales en intra-hospitalier ou encore les référents du conseil départemental. Cette année, des temps d'échanges organisés avec les différents partenaires ont permis de nous coordonner et de définir clairement les missions de chacun pour accompagner au mieux les résidents. De nombreuses sollicitations pour des ouvertures de droits à la retraite ont été réorientées vers la CARSAT, et certaines démarches administratives ont été prises en charge par SOS Aide aux Habitats (écrivains publics).

#### **2.4.6. Interventions ponctuelles : un vaste champ d'intervention**

Les interventions ponctuelles ont plus concerné l'activité des travailleurs sociaux qui accompagnent les mêmes résidents pour le logement : déclarations de ressources, dossier CAF, CARSAT, lien avec le référent RSA, demande d'aide alimentaire, demande de logement GALA ou maison relais... Nous avons remarqué que les interventions ponctuelles nous questionnent sur le champ d'action de la Médiation Santé, et de la façon dont elle se travaille avec l'accompagnement au logement. Nous décidons en binôme de ce que nous faisons, prise en soin ou réorientation vers les partenaires extérieurs.

### **2.4.7. Illustration par quelques parcours de retours aux soins**

1-Situation de Monsieur H. habitant à la résidence du Stockfeld et âgé de 84 ans. Monsieur présentait des troubles de l'orientation, une incontinence urinaire importante et des problèmes d'hygiène dans le logement. Nous avons sollicité l'Unité Verte pour qu'une expertise soit faite concernant sa situation et avons pu mettre en place une aide à domicile plus adaptée aux problèmes de santé de Monsieur. Il a maintenant un médecin traitant, un cabinet infirmier qui intervient quotidiennement à domicile, une aide à domicile et un portage de repas adapté à son diabète. Les interventions des différents professionnels sont coordonnées par les professionnels de la Médiation Santé. Si la situation reste complexe, nous avons entendu le refus de soins et avons mis différentes choses en place pour organiser un maintien à domicile.

2-Situation de Monsieur R. qui refusait les soins malgré une maladie chronique de la peau fortement invalidante, qui l'empêchait de sortir de chez lui. Trouble important de l'estime de soi qui en découle. Malgré les nombreuses sollicitations des travailleurs sociaux, le suivi médical de Monsieur était difficile et de nombreux rendez-vous avait été manqués. L'infirmière sollicitée sur cette situation a pu rétablir le dialogue avec le médecin traitant et organiser un rendez-vous en visite à domicile, dans un bureau de la résidence. Monsieur a à ce jour repris les traitements et nous travaillons en coordination avec le médecin pour trouver un logement plus adapté et un suivi psychiatrique de soutien pour Monsieur R.

3-Situation de Monsieur S., jeune résident aux troubles psychiatriques importants (psychose) qui s'est à de nombreuses reprises senti persécuté par les soignants en secteur hospitalier. Une reprise du suivi psychiatrique était cependant nécessaire et une demande de sa part était constatée. Nous avons proposé un bilan de santé qui a permis à Monsieur d'avoir un aperçu de son état général. Suite à l'orientation vers un psychiatre en libéral une hospitalisation libre a pu être organisée. Aujourd'hui Monsieur a repris un suivi médical qui avait connu une interruption de plusieurs mois, faute d'accompagnement dans la démarche.

4-Situation de Madame B., résidente ayant une addiction à l'alcool et ayant été victime de violences conjugales. Nous l'avons aidé à trouver un médecin traitant à l'écoute de ses difficultés, un bilan de santé a été proposé en lien avec la référente RSA Santé (ARSEA) et une place a pu être trouvé en CHRS pour un accompagnement plus soutenant que dans la résidence sociale où elle vivait seule.

## **2.5. LES ACTIONS COLLECTIVES**

Au courant de l'année 2018, l'équipe Médiation Santé a proposé plusieurs actions collectives. Une séance d'information a été organisée à la résidence de l'III dans le cadre du mois Sans Tabac et a rassemblé une dizaine de personnes autour d'un goûter pour parler de leur expérience, des méthodes utilisées pour arrêter... nous avons également fait un quiz pour tester leurs connaissances sur ce thème, un outil qui a été partagé par les documentalistes du CIRDD Alsace (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances) avec lesquels nous avons préparé cette activité. Ce moment de convivialité a permis d'aborder un problème de santé publique avec plus de légèreté et a permis à deux résidents d'aborder spontanément la question de l'arrêt du tabac en entretien individuel par la suite.

Concernant les résidences ADOMA notre objectif premier était de cibler les thèmes qu'il serait intéressant d'aborder dans les actions collectives à venir. A trois reprises nous avons organisé des rencontres conviviales avec à chaque fois deux Unités de Vie invitées à partager un café. Cela nous a permis de rencontrer des résidents que nous n'avions pas encore vus. Le nombre de participants était donc de 8 personnes. Ce nombre permettait à chacun d'être sollicité et de pouvoir prendre la parole sur les activités qui lui paraîtraient intéressantes d'aborder. C'est notamment l'hygiène de vie de façon générale qui est revenue (hygiène corporelle, sommeil, alimentation) plus que des questions sur une maladie.

Des actions collectives mises en place par des partenariats existants ont été maintenues également.

## **LA POSTURE DU TRAVAILLEUR SOCIAL, LA POSTURE DE L'INFIRMIER**

Comme cela a déjà été mentionné plus haut, depuis plusieurs mois la mission Médiation Santé n'est plus portée par un seul travailleur social. Cela nous demande de trouver une organisation différente et de programmer des temps d'analyse des pratiques pour pouvoir mettre en avant les atouts de chaque membre de l'équipe. Notre objectif commun est d'instaurer une relation de confiance avec les personnes rencontrées. Pour cela, nous nous montrons disponibles et joignables et proposons des coordonnées de partenaires que nous avons déjà nous même rencontrés afin que la reprise des soins se fasse dans un environnement sécurisant avec des professionnels aussi à l'écoute que nous. Néanmoins, nous avons aussi su tirer profit de nos différences puisque le regard du travailleur social et de l'infirmière diffère sur certains points.

Le travailleur social qui n'est pas uniquement sur la mission de Médiation Santé, mais également sur l'accompagnement au logement a – pour

la plupart des suivis - un aperçu plus global de la situation des résidents. Les démarches administratives sont souvent une porte d'entrée vers d'autres questions, et les résidents évoquent souvent plus librement leurs problèmes de santé après plusieurs entretiens. Ensemble, les objectifs fixés ont pour but d'être accessibles et l'accompagnement de la personne se fait étape par étape. Une fois que le résident se sent écouté et accompagné il est aussi plus enclin à entendre les attentes du bailleur social ou d'autres partenaires extérieurs (je pense notamment à l'hygiène du logement). Il s'agit avant tout de pouvoir entendre les arguments du refus de soin, souvent basés sur un manque d'estime de soi, un manque de confiance en soi et un besoin de soutien pour les différentes démarches. C'est ce soutien que nous souhaitons proposer en priorité.

L'infirmière arrivée récemment sur ce poste a été un levier supplémentaire pour les situations complexes impliquant des soignants ou nécessitant la mise en place de leur intervention. Comme le montre les situations exposées plus haut, le rôle premier a été de faciliter le dialogue avec les médecins et les infirmiers à domicile, parfois réticents à partager certaines informations avec les travailleurs sociaux. Ensuite, l'intérêt a été de pouvoir solliciter les CMP sur certains suivis pour programmer des rendez-vous ou accentuer un suivi préexistant : les symptômes évoqués par une infirmière permettent d'orienter les entretiens lors des rendez-vous. Il s'agit aussi de pouvoir expliquer certains comportements aux responsables de résidences (tout en maintenant le secret médical) afin de pouvoir apporter des solutions ensemble. Il s'agit parfois d'un suivi renforcé, de nombreux plans APA sont actuellement mis en place, mais également d'un accompagnement vers un logement adapté quand le manque d'autonomie est trop important. Ce travail pluridisciplinaire a pour but de trouver des solutions pour ne pas mettre en situation d'échec des personnes qui nous paraissent déjà vulnérables.

### **III. LES PARTENARIATS**

#### **3.1 Le Responsable de Résidence et la Coordinatrice d'Insertion Sociale : un partenariat opérant**

Le Responsable de Résidence est le premier partenaire avec lequel nous travaillons car en dehors des sollicitations directes des résidents, c'est le premier qui nous oriente les personnes qui semblent avoir besoin d'aide. Les problèmes d'hygiène du logement et les problèmes de loyers impayés sont souvent les premiers signes d'un problème nécessitant un soutien. Si cela relève de la santé nous démarrons un accompagnement, si cela n'est pas le cas nous réorientons le résident vers d'autres professionnels (CMS, Conseil départemental, tutelle/curatelle ou référent RSA notamment).

Les situations complexes nous sont souvent exposées par la Coordinatrice d'Insertion Sociale avec laquelle nous avons des temps d'échanges réguliers. C'est ensemble que nous mettons en place un accompagnement qui est pédagogique : le bailleur social qui loue le logement est en droit d'exiger un comportement respectueux du résident, et un respect du logement proposé. Ainsi, nous rappelons que nous accompagnons les résidents dans un cadre à respecter et que si nous les informons de leurs droits, le principe de réalité est aussi mis en avant. La mise en place des aides permet d'éviter une mise en demeure et une expulsion locative et cela reste souvent l'argument premier. Nous tenons également à souligner que les partenariats créés se font souvent en lien avec la Coordinatrice d'Insertion Sociale ce qui permet un partage des contacts –réseau pour améliorer l'accompagnement proposé.

### **3.2 Les Centres Médico-Sociaux**

Les Centres médico-sociaux sont régulièrement sollicités pour un accompagnement qui ne relève pas de la Médiation Santé. Nous nous entretenons régulièrement sur les résidents qui bénéficient de plusieurs suivis.

### **3.3 Les Centres Médico-Psychologiques**

Les Centres Médico-Psychologiques sont nos premiers partenaires sollicités pour les suivis psychiatriques en sorties d'hospitalisation. Nous entretenons ce lien de façon régulière avec les CMP de secteurs qui concernent les résidences où nous intervenons : Deux temps de synthèse ont eu lieu en 2018 avec le CMP Pinel afin de présenter la nouvelle équipe Médiation Santé et de faire le point sur les suivis que nous avons en communs. Le choix d'un interlocuteur a sollicité au sein de l'équipe d'infirmiers aura pour but de faciliter les échanges et la connaissance des situations en 2019. Une réunion a été organisée avec le CMP de Bischheim pour présenter notre travail et se montrer disponible pour les suivis psychologiques des résidences de Hoenheim et Schiltigheim. Notre action et nos rôles ont donc été présentés à l'ensemble des soignants de ces secteurs et nous sommes connus des hôpitaux du département (CH Erstein, EPSAN, HUS).

### **3.4 Services accompagnant les personnes présentant des addictions**

En dehors des CMP déjà mentionnés, l'équipe de Médiation Santé s'est appuyée sur les partenariats déjà en place. On peut citer notamment l'association Opali'Ne qui continue de se rendre sur plusieurs résidences chaque mois pour des temps de convivialité. La résidence du Ried bénéficie quant à elle de l'intervention d'Alcool Assistance, association qui a su se montrer disponible autant pour les résidents que pour les professionnels qui ont été invités à plusieurs reprises pour participer à des temps de rencontre. Des associations comme ALT (Association de Lutte contre le Toxicomanie) ou des structures d'accueil comme Ithaque ont également été sollicité de façon plus ponctuelle.

Le service d'addictologie des HUS, des CSAPA (*centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie*) ont également été sollicité pour des suivis individuels. Trois résidents ont été accompagnés par la Médiation Santé pour remplir le dossier d'une demande de cure, et d'autres ont aussi pu bénéficier d'un sevrage en hospitalisation libre, en accord avec le médecin traitant.

### **3.5 Les référents RSA Santé**

Nous avons rencontré à deux reprises nos collègues de l'ARSEA qui sont référents RSA Santé sur le secteur de la CUS Nord (Hoenheim, Bischheim, Schiltigheim) afin de définir nos rôles respectifs dans certains accompagnements communs.

Nous échangeons régulièrement autour des situations que nous rencontrons et mettons à jour nos différents suivis. Les résidents ADOMA accompagnés pour le RSA Santé ont tous été invités à rencontrer les intervenants de la Médiation Santé et les orientations sont faites avec l'accord de chacun des partis. Le travail d'accompagnement est facilité par le contrat et les objectifs en lien avec le droit au RSA.

### **3.6 SOS Aide aux Habitants**

L'équipe de Médiation Santé continue d'orienter des bénéficiaires vers cette association pour une aide d'écrivains publics notamment. Il n'y a pas eu de rencontre organisé sur le deuxième semestre 2018 parce que les missions de chacun nous paraissent être maintenant clairement définies.

### **3.7 La Maison Urbaine de Santé (Neuhof)**

Une rencontre a été organisée en septembre dernier entre l'équipe médicale/paramédicale de la MUS, les professionnels de l'équipe de l'ARSEA et plusieurs référents ADOMA. Cela nous a permis de nous présenter et de nous montrer à l'écoute des difficultés de chacun dans les suivis que nous avons en commun. Nous avons notamment entendu que la charge de travail de l'équipe médicale ne leur permettait pas de traiter certaines situations complexes comme elle le souhaiterait. De plus, le dialogue entre le médecin traitant et l'infirmière a récemment permis de proposer un suivi médical plus soutenu à un résident qui en avait besoin mais ne se sentait plus entendu par son médecin. Le compromis de mettre à disposition le bureau de la Médiation Santé pour des visites dites « à domicile » a permis à certains résidents, d'honorer plus facilement leurs rendez-vous médicaux. Nous souhaitons à l'avenir maintenir un échange régulier avec ce partenaire, également en lien avec le CMP Pinel.

### **3.8 Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

En septembre l'équipe de l'ARSEA ainsi que la cadre référente et les représentants d'ADOMA ont rencontré l'intégralité des membres du service social des HUS. Cela nous a permis de répondre aux questions des travailleurs sociaux qui accompagnent les résidents en service et rencontre des difficultés variées au cours de l'hospitalisation ou lors de l'organisation de la sortie. Ce temps d'échange semble avoir été favorable à l'ensemble des parties puisque depuis les échanges téléphoniques ou écrits sont plus nombreux et les organisations de retours à domicile plus fluides. De plus, la question de la fin de vie et de l'accompagnement en soins palliatifs a été soulevée. Nous nous sommes engagés à essayer d'amener la question au cours des entretiens individuels si cela semble opportun, et à organiser des temps de paroles collectifs sur ce thème, en lien avec le service d'aumônerie des HUS ou l'association JALMALV. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont aussi sensibilisés à notre intervention par le biais du service social et ce dans chacun des services sollicités depuis cette rencontre.

### **3.9 L'Equipe Mobile Santé Précarité**

En nouveau partenariat nous avons également eu l'occasion de rencontrer une infirmière de l'Equipe Mobile Santé Précarité du Conseil Départemental. Elle nous a présenté les objectifs professionnels en lien avec sa création de poste récente et nous avons pu lui présenter notre travail également. Trois résidents ont été présentés à l'équipe de la Médiation Santé par le biais de l'équipe mobile entre octobre et décembre, et nous sommes en contact régulier depuis. Ce partenariat peut également nous permettre de signaler les personnes considérées comme

vulnérables et nécessitant une poursuite d'accompagnement à leur sortie de la résidence ADOMA (logement autonome ou social). Nous réfléchissons également à des actions collectives communes à proposer en 2019.

#### **IV. LES OUTILS MOBILISES EN 2018**

Au cours de l'année 2018 nous sommes restés sur l'utilisation des mêmes outils de traçabilité que les années précédentes :

- Des dossiers informatisés individuels pour chaque personne rencontrée
- Un tableau de traçabilité globale tenant compte des critères de la CPAM et de l'ARS pour répondre au mieux aux objectifs demandés. Il nous permet d'évaluer nos interventions sur le plan quantitatif et qualitatif. Il est une synthèse des deux tableaux utilisés en 2017 et se voulait plus synthétique.

Dans la mesure où maintenant nous sommes trois professionnels à intervenir sur la même mission, la question de la traçabilité est au centre de notre pratique et nous cherchons encore à améliorer cet aspect de notre travail pour pouvoir transmettre des données utiles et claires lors des différents bilans.

#### **V. FREINS REPERES A L'ACTION**

##### **5.1 Les freins relatifs au public**

Les chiffres mentionnés plus haut mettent en avant la difficulté du refus de soin, à laquelle nous nous heurtons régulièrement. Lorsque la situation se présente, la question est toujours de savoir quelle place nous devons donner au refus. Si le signalement de personne vulnérable est parfois l'option choisie, sans suivi ou argument médical, ces accompagnements sont les plus difficiles.

Le refus de soin est souvent lié à un trouble de l'estime de soi, ou à un déni de son problème de santé (addiction ou trouble psychiatrique pour la plupart des situations en question). Notre rôle est donc d'entendre les arguments avancés par la personne, de l'informer de ses droits et de la remettre face au principe de réalité (notamment le risque de perdre son logement) et de continuer à afficher notre disponibilité pour une relation de confiance. Malgré les refus de soin, nous nous efforçons de maintenir un lien avec la personne et de nous tenir informés

régulièrement de l'évolution de leur situation. Pour autant, et malgré certaines pressions existantes, nous intervenons toujours dans le respect des droits de chaque personne. Ainsi,

La barrière de la langue est aussi à souligner comme difficulté prévalente. Si nous travaillons en partenariat avec des traducteurs, certains entretiens non honorés ou certaines situations traitées en urgences ne nous permettent pas toujours de pouvoir mettre en place l'intervention d'un traducteur.

## **5.2 Les freins relatifs au partenariat**

Les difficultés constatées concernant le partenariat sont surtout liées aux difficultés que certains partenaires ont connues en interne. Le CMP Pinel a parfois été injoignable pour certains suivis car l'équipe pluridisciplinaire a changé à plusieurs reprises. Certains professionnels en charge de certains suivis n'ont pas eu les informations laissées par la personne qui occupait précédemment le poste et certaines de nos requêtes ont dû être reformulées et relancées à plusieurs reprises. De plus, concernant le secteur psychiatrique, nous déplorons de ne pas pouvoir compter sur une intervention à domicile sur notre sollicitation, avec prescription médicale, qui faciliterait l'accès aux soins de certains patients qui refusent de se déplacer au CMP pour un entretien. Nous déplorons qu'il faille parfois attendre une décompensation importante et « bruyante » pour qu'un suivi puisse être entamé. La dimension préventive de l'accompagnement de ces résidents est difficile à mettre en place mais nous maintenons le partenariat et cherchons à l'heure actuelle des solutions pour répondre différemment à ce problème.

## **5.3 Les freins relatifs à la logistique**

Nous avons rarement eu des difficultés en lien avec les locaux dans lesquels nous travaillons. ADOMA met à disposition un bureau de façon régulière. La principale difficulté logistique est interne et concerne les modifications d'équipe Médiation Santé : modifications des demi-journées de présence sur site, réunions extérieures, changement de planning ont parfois rendu les orientations par les Responsables de Résidence difficiles. Cependant nous avons gagné en stabilité et en qualité de communication sur la fin de l'année et souhaitons améliorer notre fonctionnement pour l'année à venir.

## **5.4 L'analyse du dispositif**

La Médiation Santé qui était présente sur quatre résidences ADOMA et une résidence SIBAR au cours de 2018 va accroître son activité pour 2019 car les besoins sont démontrés sur les différents sites, même sur des publics précaires pouvant varier. L'ARSEA a gagné en visibilité pour les résidents qui arrivent dans le logement, et pour les nombreux partenaires extérieurs. Nous avons des retours positifs de notre accompagnement qui permet aux résidents d'être moins isolés et aux professionnels médicaux et paramédicaux d'avoir un interlocuteur qui coordonne les soins. C'est un gain de temps et d'énergie pour eux, que ce soit en intra ou en extra hospitalier.

## **VI. NATURE ET QUALITE DE LA COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE**

### **6.1 Equipe Médiation Santé et Responsables de Résidences**

Dans un premier temps, nous avons des échanges par mail et des temps de réunion ponctuels qui n'étaient pas formalisés : chaque intervenant était joignable et sollicité à convenance. Le travail en binôme a rapidement nécessité une communication construite différemment. Aujourd'hui, nous sommes d'accord sur le fait que les travailleurs sociaux sont disponibles un jour précis de la semaine sur chaque résidence et qu'ils peuvent être sollicités par le responsable de résidence pour les résidents qui en ont besoin. Temps de présence ne veut plus dire permanence et les résidents prennent facilement contact par téléphone ou en venant toquer à la porte du bureau. L'infirmière peut être sollicitée sur chaque résidence et les disponibilités par secteur sont aussi transmises aux responsables de résidences (ex : le mardi, présente sur la résidence Stockfeld ou Kibitzenau). Elle est maintenant sollicitée par les travailleurs sociaux ou la responsable d'insertion sociale sur les situations prioritaires. Des temps de maraudes pour aller en binôme à la rencontre des résidents à domicile, ou préparer les actions collectives sont également planifiés.

### **6.2 La Responsable d'Insertion Sociale**

Les échanges se font majoritairement par mail, mais nous avons également des temps de réunion pour évoquer les situations les plus complexes. En 2019 nous allons également accentuer les réunions permettant de mettre en place des actions collectives ou des partenariats qui concerne la santé des résidents ADOMA (bilan de santé MGEN, dépistage de la tuberculose, atelier de lecture des ordonnances sont également des actions en préparation).

### 6.3 Bilan intermédiaire

Un bilan intermédiaire a été transmis aux responsables ADOMA et à la CPAM en juillet 2019. Une réunion avec des référents de l'ARS a été organisée à ce moment pour présenter le travail de l'infirmière et pour évoquer les objectifs en lien avec cette création de poste.

### VII. DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA PRESTATION

En 2019 nous avons trois objectifs majeurs :

- Développer l'intervention de la Médiation Santé sur des résidences ADOMA qui n'en bénéficiaient pas encore.
- Développer le réseau de partenaires.
- Proposer des actions collectives à un public cible désormais mieux connu et de façon plus régulière que sur les années précédentes.

### VIII. RESSOURCES HUMAINES

#### 8.1 Equipe au 31.12

Contrats	TOTAL	Encadrement	Administratif	Educatif	Para médical	Médical	Services généraux
CDI	1,96	0,06		1	0,9		
CDD	0,04		0,04				

## **8.2 Réunions et groupes d'analyse de pratiques**

Des réunions d'équipe Médiation Santé ont lieu dans nos locaux tous les mois. Elles sont animées par la cadre d'équipe de l'ARSEA. Nous participons également aux réunions plénières où nous avons des informations bénéficiant à l'ensemble du pôle Développement. Les membres de l'équipe participent aussi au Groupe d'Analyse des Pratiques pour évoquer les situations professionnelles complexes rencontrées.

## **IX. CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

L'évaluation quantitative et qualitative que présente ce bilan annuel montre encore une fois l'importance de nos objectifs. Les accompagnements pour les démarches administratives et l'accès aux droits sont aujourd'hui assez fluide, et la Médiation Santé gagne en visibilité pour les résidents. 2018 a été marqué par des changements importants en terme de ressources humaines et d'organisation avec une création de poste infirmier et une prise de poste nouvelle pour les travailleurs sociaux mandatés sur la mission. Malgré ces changements nous avons réussi à maintenir un accompagnement pour les personnes qui avaient besoin d'aide. Grâce à des fonds supplémentaires, l'activité des professionnels va pouvoir se développer en 2019 de façon à aller plus à la rencontre des personnes moins visibles, et pas uniquement de se concentrer sur les situations les plus urgentes ou critiques. Nous nous réjouissons des partenariats déjà établis en si peu de temps et poursuivrons les objectifs mentionnés pour répondre aux besoins des résidents et aux attentes des partenaires.