**BILAN PEDAGOGIQUE**

**du 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE 2018**

**DE**

**L’ASSOCIATION MEDIATION**



**ASSOCIATION MEDIATION ROUTE DU THORONET Départementale 17 - 83340 LE CANNET DES MAURES Téléphone : 07 72 05 66 77 ou 04 94 73 03 10 Siret : 39119909800024 Naf : 8790B Site internet : http://mouvementmediation.hautetfort.com**

**Foyer de stabilisation de ‘ La Louve’**



**SOMMAIRE**

**INDICATEURS SOCIAUX**

**SITUATION FAMILIALE**

**AGE**

**ENVIRONNEMENT FAMILIAL**

**Ressources à l’arrivée**

**Nombre et type d’intervention par secteur concerné**

**NOMBRE DE PERSONNES AYANT OBTENU LEURS DROITS CMUC AME ACS**

**INDICATEURS LOGEMENT**

**Nombre de contrats de séjour**

**DUREE MOYENNE DE SEJOUR**

**DEMANDES effectuées**

**DEPARTS**

**INDICATEURS EMPLOI ET FORMATION**

**PARCOURS PROFESSIONNEL (à l’arrivée)**

**DEMARCHES effectuées**

**DEMARCHES ABOUTIES**

**INDICATEURS ORIENTATIONS/ PARTENARIAT**

**Nombres orientés admis refus**

**ORIGINE DES ORIENTATIONS**

**Caractéristique dominante du public admis**

**CONTRATS DE SEJOURS**

**DUREE DES SEJOURS**

**Partenaires**

**INDICATEURS ACCES AUX LOISIRS/CITOYENNETE**

**LOISIRS HEBDOMADAIRE**

**INDICATEURS SANTE**

**PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER**

**DONNEES QUANTITATIVES DES DEMARCHES LIEES A LA SANTE**

**NOMBRE ET TYPE D’INTERVENTION PAR SECTEUR MEDICAL CONCERNE ;**

**NOMBREDE PATHOLOGIE NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER ;**

**NOMBRE DE PERSONNES ET DE DEMARCHES ENTREPRISES SUR LA PERIODE.**

**NOMBRE DE PERSONNES ACCOMPAGNEES AUX SOINS**

**NOMBRE DE PERSONNES AYANT DECLARE UN MEDECIN TRAITANT**

BILAN PEDAGOGIQUE

Foyer Stabilisation LA LOUVE

****

**INDICATEURS SOCIAUX.**

**Objectif opérationnel :**

1/ Permettre au public reçu de retrouver des droits : (domiciliation, C.M.U, ASSEDIC, papiers d’identité, compte bancaire …) Mais aussi des devoirs : (payer des dettes …)

2/ Favoriser les liens avec la famille quand il y en a une.

**Nombre de personnes suivies sur la période : 13**

**TABLEAU 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION FAMILIALE** | **Nombre de personnes** |
| Veuf | 1 |
| Divorcé ou séparé | 6 |
| Célibataire | 6 |
| Enfants | 7 |

**TABLEAU 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **AGE** | **Nombre de personnes** |
| DE 18 A 30 | 1 |
| DE 30 A 50 | 5 |
| 50 ET + | 7 |
| **total** | 13 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Moyenne d’âge** | 48 ans |

**TABLEAU 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENVIRONNEMENT FAMILIAL** | **Nombre de personnes** |
| Famille d’accueil (de la DDASS) | 1 |
| Famille mais en rupture | 6 |
| Famille pathogène (contact non souhaitable) | 0 |
| Bon environnement familial (contact épisodique ou régulier) | 5 |
| Pas de famille | 0 |
| Autre cas (préciser) | 1 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises pour renouer un lien avec la famille, les freins, les points positifs.)**

M.G entretient de très bons rapports avec les enfants de la famille d’accueil dans laquelle il a vécu, les contacts se font essentiellement par téléphone du fait de la distance. Ils s’intéressent au projet d’avenir de monsieur.

6 de nos résidents sont en rupture totale et n’ont plus aucun lien avec leurs familles.

M.P. garde de bons contacts avec sa sœur mais n’a en revanche plus de lien avec son fils.

M.C. récemment arrivé, a pu recréer un lien avec son neveu qu’il n’avait pas vu depuis plusieurs années. Retrouvé sur internet, il s’avère qu’il habite dans un village pas très loin du foyer de stabilisation, il est venu rendre visite à Monsieur et l’a invité à venir chez lui.

M.B. a de bons contacts avec sa mère, ils s’appellent régulièrement et se voient de temps en temps.

M.K. a des relations très variantes avec sa fille, souvent conflictuelles, il préfère mettre de la distance et penser à son propre intérêt.

M.M. veut retrouver des droits sur son fils de 5 ans et notamment retrouver un droit de visite. Il a d’abord voulu se stabiliser d’un point de vue santé et administratif (papier identité…). Il va désormais pouvoir entreprendre une démarche dans ce sens.

**TABLEAU 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources à l’arrivée** | **Nombre de Personnes** |
| Sans | 1 |
| R.S.A | 6 |
| A.A.H | 3 |
| ASSEDIC | 1 |
| Salaire | 0 |
| Autres (précisez) | 2(Pension Invalidité et retraite)  |
| Sous tutelle ou curatelle administrative | 3 |
| Dettes (préciser) | 3 |

**TABLEAU 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes :**  | **Nombre de DEMARCHES :** |
| Demande de R.S.A (ou transfert) | 2 |
| Demande A.A.H | 2 |
| Demande ASSEDIC | 1 |
| Demande de C.M.U/MUTUELLE | 4 |
| Contrat d’insertion R.S.A | 2 |
| Dettes (échéancier) | 1 |
| Demande de carte d’identité | 1 |
| Demande de retraite | 0 |
| Demande de reconnaissance travailleur handicapé | 1 |
| Demande de mise sous protection juridique | 0 |
| Demande d’ALD | 2 |
| **TOTAL Nombre de personnes :**  | **TOTAL Nombre de DEMARCHES :**  |

|  |
| --- |
| **Nombre de personnes ayant obtenus leurs droits :** |
| 7 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Une demande de transfert de suivi RSA a été faite mais finalement annulée car la personne a été incarcérée entre temps.

Une autre demande de transfert a été effectuée mais le bénéficiaire n’avait plus de référent de parcours, nous avons donc directement signé un contrat ensemble.

Un renouvellement du contrat d’insertion a été signé avec un de nos résidents déjà présents.

Un renouvellement des droits MDPH a pu être demandé pour M.G. et un dossier a de nouveau été déposé pour M.B. qui avait eu un refus l’année dernière.

Les droits à la CMUC de Messieurs P, N, K et D ont été renouvelés et 2 nouvelles demandes d'ALD ont pu être faites pour M.P et C.

Une demande de carte d’identité a été faite pour M.M. qui avait perdu ses papiers.

Nous avons négocié un échéancier avec le trésor public pour M.L. qui a plusieurs dettes hospitalières.

**TABLEAU 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTENARIATS SOCIAUX** | **NOM LIEUX** |
| **ADMINISTRATION** | CAF de Toulon, MDPH Ollioules, CPAM Brignoles, Draguignan et ToulonConseil Général du Var Préfecture de Toulon Sous Préfecture DraguignanTrésorerie de Toulon, Draguignan, Saint Maximin...SPIP Draguignan, La Valette |
| **EMPLOI/INSERTION** | Pole Emploi Le Cannet des Maures, Association VEGA, ADESS et FRAT en chantier d'insertion,Formation ADEMAESAT Les Hauts de l'Arc à Saint Maximin, Essor 83 à Cuers, Le Bercail à Fréjus |
| **JUGE DES TUTELLES** | TRIBUNAL de Draguignan, Toulon, Fréjus |
| **Service de tutelle** | ATIAM, ATMP, UDAF TOULON et Draguignan, MSA 3 A DRAGUIGNAN, tutelle privée, ATV |
| **SIAO**  | SIAO du VarSIAO de Nantes |
| **FOYER Occupationnel / FOYER de Vie / Foyer d'Accueil Médicalisé**  | Foyer de Vie Font Clovisse à Draguignan,Foyer de vie du Luc,Foyer Espérance Toulon, Foyer René Coty à Giens, FAM et FO les hauts de l'arc à St Maximin, FAM La Mezzanine à Hyères |
| **ACT** | ADSEAV Draguignan, OVA ToulonPromosoin Fréjus |
| **CH Dracénie** | Centre hospitalier, CMP, Hôpital de jour de Draguignan, Brignoles, Toulon, CSAPA |
| **Autres partenaires** | CSAPA Brignoles, Draguignan,AVAF Draguignan et Brignoles, Solidarités Est Var à Fréjus, API Provence résidence sociale à Draguignan, SENDRA DRAGUIGNAN, Le LucEmplois familiaux |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Nous sommes en lien permanent avec les différents partenaires :

* Les tuteurs/curateurs pour les questions de budget, le travail sur le projet de vie, l’organisation de séjours….
* Les établissements pour personnes handicapées pour les projets de départ de nos résidents que ce soit Foyer de vie pour M.Gc ou Foyer d’Accueil Médicalisé pour M.Gp….
* Le conseil départemental, le Pole Emploi, les chantiers d’insertion pour toutes les démarches d’insertion professionnelle et/ou de formation de nos résidents.
* Les établissements de soins pour tout ce qui relève des problématiques de santé : somatique, psychologique, addictions….
* Le SPIP pour le suivi judiciaire de ceux qui en relèvent.

Les partenariats s’établissent en fonction de chaque résident et de ses besoins, projets...

**ObjectifS opérationnelS :**

1/ Accompagnement individualisé et de médiation dans l’accès aux soins et les démarches d'accès aux droits et aux soins (rétablissement ou ouverture des droits par le travailleur social de notre association, visite médicale, prise de rendez-vous…)

2/ Mise en place par le médecin généraliste et les médecins des secteurs spécialisés d’un traitement et aide à la prise du traitement.

**TABLEAU 7**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes accompagnées** à l’accès aux droits (CMUC AME ACS) | 10 |
| **Nombre de personnes** ayant obtenu leurs droits CMUC AME ACS | 4 |
| **TOTAL** | 14 |

**INDICATEURS LOGEMENT**

**Objectif opérationnel :**

1/ Favoriser l’accès au logement des résidents désireux et prêts à en intégrer un.

**TABLEAU 8**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDES effectuées** | **Nombre de personnes**  |
| Foyer occupationnel | 1 |
| Maison de retraite | 0 |
| Logement thérapeutique | 0 |
| Famille d’accueil | 0 |
| Logement autonome | 0 |
| Logement semi autonome (foyer logement…) | 0 |
| Foyer d’accueil médicalisé | 1 |
| Logement social | 0 |
| Foyer | 0 |
|  Maison Relais | 1 |
| Autre (préciser F.S.L…) ESAT | 1 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

M.Gc a le projet d’intégrer un foyer de vie (occupationnel) pour personne vieillissante. Plusieurs demandes sont faites dans ce sens. Il a bénéficié d'accueil temporaire dans 2 de ces foyers afin de valider cette orientation et en attendant qu'une place se libère.

M.Gp a une orientation vers un Foyer d’accueil médicalisé, il a d’ailleurs fait plusieurs séjours d’accueil temporaire dans l’un d’eux, ce qui a permis de confirmer l’adaptation du lieu. Il attend également qu’une place se libère.

M.K. souhaite intégrer une maison relais afin de consolider le travail effectué sur le foyer et notamment au niveau du soin.

M.B ne se sent pas bien sur notre structure, il dit être trop éloigné de sa famille sur Fréjus. Les demandes en ACT ou IML ont été mises en standby car ce n’est pas vraiment ce que Monsieur souhaite. Une nouvelle demande d’orientation en ESAT vient d’être acceptée par la MDPH.

M.S qui avait le projet d’intégrer un ESAT a finalement quitté la structure du jour au lendemain.

**TABLEAU 9**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTS**  | **Nombre de personnes**  |
| Foyer occupationnel | 0 |
| Maison de retraite | 0 |
| Logement thérapeutique | 0 |
| Famille d’accueil | 0 |
| Logement autonome | 1 |
| Logement semi autonome (foyer logement…) | 0 |
| Foyer d’accueil médicalisé | 0 |
| Logement social | 0 |
| ESAT | 0 |
| Maison relais | 1 |
| Retour famille (couple…) | 0 |
| A la rue | 2 |
| Autre (préciser) : 1 incarcéré | 1 |

**INDICATEURS EMPLOI ET FORMATION.**

**Objectif opérationnel :**

**1/ Evaluer les capacités des résidents ;**

**2/ Accompagner les résidents dans la recherche d’un emploi, d’un chantier d’insertion ou d’un reclassement.**

**TABLEAU 10**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARCOURS PROFESSIONNEL (à l’arrivée)** | **Nombre de personnes**  |
| Employé qualifié | 2 |
| Manœuvre / ouvrier | 4 |
| Ouvrier qualifié | 5 |
| Agent de service hôtelier | 0 |
| Employé sans qualification | 0 |
| Artisan / commerçant | 0 |
| Cadre | 0 |
| Jamais travaillé | 2 |
| Emploi protégé ESAT | 0 |

**TABLEAU 11**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMARCHES effectuées** | **Nombre de personnes**  |
| Inscription Pole emploi | 0 |
|  Manœuvre / ouvrier | 0 |
|  Ouvrier qualifié | 1 |
| Emplois logés | 2 |
| Emplois aidés | 1 |
| Emploi protégé  | 1 |
| Intérim/ saisonnier | 1 |
| Reconnaissance MDPH(travailleur handicapé) | 1 |
| Formation ou reclassement | 0 |
| Chantier d’insertion R.S.A | 1 |
| Autre (précisez) | 0 |

**TABLEAU 12**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMARCHES ABOUTIES** | **Nombre de personnes**  |
| Manœuvre / ouvrier | 0 |
| Ouvrier qualifié | 1 |
| Emplois avec logement | 2 |
| Emplois aidés | 1 |
| Emploi protégé  | 0 |
| Intérim/ saisonnier | 1 |
| Reconnaissance MDPH (travailleur handicapé) | 1 |
| Formation ou reclassement | 0 |
| Chantier d’insertion R.S.A | 1 |
| Autre (précisez) | 0 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Sur les 13 personnes accueillies, seulement 5 étaient en capacité de rechercher un emploi immédiatement.

M.N a trouvé un emploi saisonnier en tant que cuisinier où il était logé.

M.P a trouvé un poste d’ouvrier polyvalent, logé, mais n’a pas été au-delà de la période d’essai. Il vient d’être retenu sur le chantier d’insertion VEGA et débute au 1er janvier.

Messieurs K et B sont dans une démarche de recherche d’emploi. M.B. vient de recevoir une orientation en ESAT.

M.S. avait un projet de travail en ESAT.

**INDICATEURS ORIENTATIONS/ PARTENARIAT**

**Objectif opérationnel :**

1/ Evaluer si les orientations sont en adéquation avec les objectifs du foyer ;

2/ Etablir un large partenariat avec les réseaux de soins de santé (public et privé) ; de travail, de logement.

**TABLEAU 13**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESIDENTS** | **Nombre** |
| Orientés | 10 |
|  Reçus en entretien | 8 |
| Admis  | 5 |
| Refus motifs | 4 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU : (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Les 10 personnes orientées, l'étaient par le SIAO. 8 ont pu être reçues en entretien à la suite desquels 5 sont entrées sur notre structure et 1 sera admise après une cure de sevrage.

2 n’ont pas été reçu : 1 était incarcéré et la sortie n’était prévue que 1 mois après ; le second car il n’y avait pas de place.

2 refus sont à observer : 1 Monsieur a été refusé car sa situation ne relevée pas d'un foyer de stabilisation et 1 car il n'était pas prêt pour une abstinence totale à l'alcool.

**TABLEAU 14**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORIGINE DES ORIENTATIONS**  | **PAR LE SIAO****Nombre de personnes** |
|  Logement insalubre |  |
| Rue | 6 |
| **Hôpital /cliniques** | 1 |
| Centre Pénitentiaire  | 1 |
| UHU  |  |
| Foyers | 1 |
| Hôtel social |  |
| Hébergement par un tiers  | 1 |
| **Autres (préciser)**  |  |
| **TOTAL** | 10 |

**Caractéristiques Dominantes DU PUBLIC ADMIS.**

Le public accueilli allie souvent plusieurs problématiques et notamment pathologie psy et conduites addictives.

Dans tous les cas, cela nous conduit a travaillé en collaboration avec les équipes médicales correspondantes.

DéterminerUNE SEULE CARACTERISTIQUE DOMINANTE.

**TABLEAU 15**

|  |  |
| --- | --- |
| **Caractéristique dominante du public admis** | **Nombres de personnes admises**  |
|  Souffrance psychique / Pathologies « Psy »  | 4 |
|  Violences conjugales et familiales |   |
|  Errance - Grands marginaux | 1 |
|  Conduites addictives  | 7 |
|  Autres (à préciser) | 1 à la rue  |
|  **TOTAL** | **13** |

**TABLEAU 16**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATS DE SEJOURS**  | **Nombre de contrats** |
| 1er contrat | 7 |
| Renouvellement | 1 |

**TABLEAU 17**

|  |  |
| --- | --- |
| **DUREE DES SEJOURS**  | **Nombre de personnes** |
| Moins de 3 mois | 3 |
| De 3 mois à 12 mois | 4 |
| + de 12 mois | 6 |
| Durée moyenne des séjours | 35 mois soit 2 ans et 11 mois |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU:**

Cette année, 5 nouvelles personnes sont arrivées. Sur les 13 personnes accueillies, 7 ont fait un séjour de moins d’un an dont 3 d’environ 1 mois et 6 sont présents depuis plus d’1 an dont 2 depuis de nombreuses années.

Tous ces éléments nous amènent à une durée de séjour de 35 mois soit 2 ans et 11 mois.

**INDICATEURS ACCES AUX LOISIRS/CITOYENNETE**

**Objectif opérationnel :**

1/Favoriser l’accès à la culture et aux loisirs des résidents au moins une fois par semaine (le samedi) ;

**TABLEAU 18**

|  |  |
| --- | --- |
| **LOISIRS HEBDOMADAIRE SAMEDI** | **Moyenne des participants** |
| Marché aux Puces, brocantes | 8 |
| Grands magasins soldes | 6 |
| Musée  | 0 |
| Randonnées pédestres, baignades | 8 |
| Cinéma | 7 |
| Concert | 0 |
| Autre (précise) karting, canoë kayac, ski | 6 Karting, canoé  |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (évaluer le taux de participation des résidents, les freins, les points positifs.)**

Pas de commentaires particuliers sur ces sorties qui sont planifiées chaque samedi et qui fonctionnent bien, un bénévole ou un salarié (parfois les deux lorsqu’il y a trop de monde inscrit) accompagnent les personnes selon la saison et les envies.

**DEMARCHES DE SOINS et ACCOMPAGNEMENTS MEDICAUX**

**Foyer "La LOUVE "**

**du 01 JANVIER 2018 au 31 DECEMBRE 2018**

**TABLEAU 19**

|  |  |
| --- | --- |
| Secteur Médical | **TOTAL** |
| Addicto hopital | **7** |
| Anesthésiste | **4** |
| Angiologue | **2** |
| Bilan Sg à dom | **2** |
| Cardiologue | **12** |
| Chimiothérapie | **0** |
| ChirOrthopédiste | **2** |
| ChirVasculaire | **7** |
| CSAPA Addicto | **17** |
| CSAPA inf. | **12** |
| Cs thyroide | **0** |
| Dentiste | **10** |
| Dermatologue | **2** |
| Doppler  | **0** |
| Gastro-entero. | **0** |
| Généraliste | **30** |
| Hématologue | **0** |
| Hospi diverses | **4** |
| Homéopathe | **0** |
| Hospi psychiatrie | **2** |
| Imagerie Méd. | **6** |
| Infectiologue | **0** |
| Interv. cataracte | **0** |
| Infirmière PILULIERS | **60** |
| Infirmières toilettes | **744** |
| Kinésithérapeute | **18** |
| Laboratoire | **20** |
| Néphrologue | **5** |
| Neurologue | **3** |
| Ophtalmologue | **3** |
| ORL | **0** |
| Orthoptiste | **0** |
| Ostéopathe | **0** |
| Pharmacies | **50** |
| Podologue | **12** |
| Psychiatre | **30** |
| Psychologue  | **19** |
| Rhumatologue | **4** |
| Stomatologue | **0** |
| Urologue | **2** |
| TOTAL | **1089** |

 **TABLEAU 20**

|  |  |
| --- | --- |
| **PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER** | **Nombre de personnes**  |
| Psychiatrique  | 2 |
| Alcoolique | 12 |
| Poly toxicomanie  | 3 |
| Somatique (uniquement ALD AUTRE QUE PSY) |  |

**Noter bien : certains résidents cumulent un suivi psychiatrique et un suivi en addictologie**

**TABLEAU 21**

|  |  |
| --- | --- |
| Types de structure participant à l’action |  Nombre de structure |
| Généraliste cabinet en ville | 2 |
| Infirmière libéraleSSIAD |  1 1 |
| Dentiste cabinet en ville |  2 |
| Ophtalmologie cabinet en ville |  1 |
|  PSYCHIATRIE HOPITALPSYCHIATRIE CLINIQUE PSYCHIATRIE EN VILLE CABINET PRIVECMPHOPITAL DE JOUR | 21-1- |
| Cabinets médicaux spécialisés privés en ville (autre que psy: cardio, dermato, neuro, rhumato, urologie) |  5 |
| Hôpitaux (autre que psy) |  2 |
| Kinésithérapeute cabinet en ville |  1 |
| Radiologie- Scanner- Echographie- I.R.M- Angioscanner privé en ville (Le Muy) |  1 |
| M.D.P.H.  |  1 |
| C.S.A.P.A / E.L.S.A |  2 |
| Laboratoire analyses en ville |  2 |
| Pharmacies  |  3 |
| Expertise psy pour reconduite mesure de protection |  - |
| **Autre ?** |  - |
| **TOTAL** | **28** |

**Résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs :**

**Mr B.S** : est arrivé à la Louve en Avril 2017. Monsieur est pris en charge à 100% pour une problématique d’épilepsie, stabilisée par traitement depuis de nombreuses années. Il est suivi une fois par an par un neurologue à ce sujet.

 Mr a été accompagné par l’équipe vers une prise en charge en CMP avec une psychologue en fin d’année 2017. LA difficulté principale rencontrée est d’arriver à maintenir une régularité dans le suivi (une fois par mois). Mr adhère totalement au suivi qu’il dit être bénéfique.

Mr ne justifie pas d’une pathologie nécessitant la mise en place d’un 100% au niveau psychiatrique (pas de traitement, pas de pathologie diagnostiquée). De ce fait il ne dispo pas de prise en charge par la sécurité sociale pour les transports.

 Cependant, le CMP se trouve à 30km et le lieu de vie la Louve est excentré. (Pas de bus, ni de train).

Les plages de rdv proposées par la psychologue sont restreintes et mobilisent systématiquement un salarié ainsi qu’un véhicule de l’association pour l’accompagnement.

 Le point positif est que l’accueil et les rendez-vous au CMP sont gratuits ; (contrairement aux psychologues qui exercent en libéral). De plus, Monsieur a été orienté vers l’assistante sociale du CMP pour une prise en charge plus globale, en complément de l’accompagnement social mis en place à Médiation. L’équipe du CMP a également proposé un rdv avec un médecin psychiatre, dans le but d’aider Monsieur a constituer son dossier pour une demande auprès de la MDPH.

 Monsieur est suivi régulièrement par son médecin traitant, notamment pour le renouvellement de ses ordonnances. Ce dernier l’a orienté chez un urologue qu’il a vu au mois de mars, pour adapter son traitement (problèmes d’énurésie/incontinence). Mr a également été accompagné pour passer un scanner de contrôle par rapport à des douleurs costales, qui se sont avérées sans gravité.

 Mr a un suivi annuel chez son neurologue.

 Mr a également un suivi urologue chaque année.

**Mr B.H** entré en décembre 2017;

 Mr a passé 3 mois à la Louve; ce séjour lui a permis de reprendre un suivi médical assidu (contrôle à effectuer tous les 6 mois suite cancer colorectal en rémission); n effet cela n'était pas envisageable tant qu'il était à la rue. Monsieur a été accompagné par l'équipe, vers un suivi addicto (conso cannabis) mais Mr a refusé.

 Au mois de mars Mr est parti en week-end, et nous avons appris après quelques jours sans nouvelles qu'il avait été incarcéré pour plusieurs mois. Sur le plan médical, l'équipe a fait le lien avec le service pénitentiaire, notamment pour maintenir les rendez-vous chez les spécialistes qui étaient prévus.

 Quelques temps après son incarcération, Monsieur nous à fait parvenir une lettre disant qu'il ne souhaitait pas garder sa chambre ici.

**Mr C.P** : est arrivée sur le foyer de stabilisation en février de cette année. L’accueil sur la structure a permis d’amorcer une prise en charge globale au niveau de sa santé.

 En effet Monsieur présente un état de santé fragile sur de multiples points, non traités du fait de conditions de vie très précaires avant son arrivée.

 Les différents suivis qui sont été mis en place depuis février sont les suivant :

* Bilan en cardiologie au mois de mars + suivi régulier (tous les 6 mois) par rapport à pathologie cardiaque
* Rdv en dermatologie en mai et juin par rapport à des problèmes infectieux sévères au niveau de la peau, avec mise en place d’un traitement, rdv de suivi et accompagnement vers la prise de médicaments.
* Accompagnement vers un chirurgien orthopédiste en mai à la demande du médecin généraliste : décalage important du bassin, prothèse de hanche en prévision ; de multiples problèmes médicaux retardent cependant l’intervention de plusieurs mois. Opéré fin d’année et s’en est suivi plus d’un mois en clinique de rééducation. Mr n’a donc plus de décalage du bassin.
* Bilan dentaire au mois de juin : plusieurs rdv sont fixés pour extraction dentaire qui représente des foyers infectieux.
* Rdv angiologie : rdv fixé pour le deuxième semestre de cette année. L’angioscanner a été réalisé mais rien à signaler.
* Suivi par médecin traitant régulier : bilan sanguins, renouvellement d’ordonnance, suivi tension

La difficulté rencontrée dans cette situation est que Monsieur doit consulter divers spécialistes, qui ont souvent des délais très longs pour avoir un rdv. Cela implique une lenteur au niveau de l’avancement du projet de soin, difficile à intégrer pour la personne accompagnée, qui peut parfois être « démissionnaire » face à son parcours de soin.

**Mr G.C** : est accueilli à la Louve depuis 2004.

 Monsieur ne présente pas de problématique santé particulière ; il est suivi de façon régulière par son médecin généraliste, qui prescrit des bilans sanguins de façons annuelle, et renouvelle ses ordonnances chaque trimestre.

 Monsieur présente aujourd’hui un handicap mental, dû à un anévrisme dans son passé, et la structure semble de moins en moins adaptée à l’accompagnement de Monsieur.

 Il effectue des stages réguliers en Foyer occupationnel, mais le manque de place fait qu’il n’a toujours pas intégré une structure plus adaptée.

 Au mois de mars de cette année, nous avons mis en place un accompagnement par le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) pour une aide à la toilette. Il a été convenu avec Monsieur que le SSIAD interviendrait d’abord 3 fois / semaine, pour un temps d’adaptation. Depuis mai 2018, les aides-soignantes passent 5 fois par semaine (du lundi au vendredi) en accord avec Mr.

 Le problème reste les week-ends, car le SSIAD n’a pas de disponibilités pour intervenir ; Monsieur est donc livré à lui-même pour la toilette ; les autres résidents le stimulent parfois mais cela ne se fait pas de façon régulière ; en effet ce n’est pas leur rôle.

Monsieur a bénéficié d’un contrôle cardio en décembre 2016, le prochain sera donc a prévoir au deuxième semestre de cette année (tous les 2 ans minimum). En décembre 2018, Mr a effectué son bilan cardio mais rien d’inquiétant. Le prochain sera donc en décembre 2020.

**Mr G.P** : est à médiation depuis de nombreuses années également (février 2005) : il cumule les problématiques santé :

* Suivi cardio pris en charge à 100% : pose d’un pacemaker en 2013, consultation de suivi et de contrôle tous les 6 mois
* Suivi psychiatrie : psychose, et angoisses stabilisées par traitement (consultations chez le psychiatre tous les mois). Mais persistance de stress, l’équipe le rassure régulièrement par rapport à ses angoisses.
* Suivi néphrologie : insuffisance rénale en pré-dialyse, sous contrôle pour le moment. Les consultations étaient bi annuelles jusqu’à présents ; le néphrologue souhaite désormais le voir tous les 2 mois avec bilan sang et urines en amont. Monsieur est désormais systématiquement accompagné par notre infirmière depuis cette année lors des consultations, pour que l’équipe puisse s’organiser et assurer un accompagnement adapté en cas de dégradation de son insuffisance. Mr aura une pose de fistule en janvier 2019 en prévision d’une dialyse en fin d’année 2019.
* Suivi dentaire au mois une fois par an
* Suivi généraliste très régulier : comptes rendus des spécialistes, bilan sang et urines, renouvellement des ordonnances.

 Une aide à la toilette est également mise en place 5 fois par semaine, par le SSIAD. Monsieur est en attente d’une place en Foyer d’Accueil Médicalisé (FAM) pour une prise en charge globale plus adaptée.

 Il réalise des accueils temporaires dans un FAM à St Maximin, 3 fois par an, qui sont très bénéfiques.

**Mr K.C** : est arrivé en mars 2017 ;

 Un suivi avait été mis en place tous les 6 mois auprès d’un médecin vasculaire, à la suite d’une hospitalisation pour une embolie pulmonaire. Au premier semestre de cette année, le Docteur à demandé a resserré les consultations de suivi, et a maintenu le traitement anticoagulant en préventif, (qui devait être initialement stoppé au bout d’une année) car risque de rechute.

 Monsieur est pris en charge à 100% pour cette pathologie, il est accompagné par l’équipe dans la prise de rdv, ainsi que dans le suivi (bilan sang) mais gère la délivrance et la prise de son traitement.

 Il est suivi par son médecin traitant pour risque de diabète (bilans sang tous les 3 mois)

 Sur le plan dentaire, Monsieur a été accompagné à plusieurs rendez-vous au cours de ce premier semestre, pour réajuster sa prothèse qui avait été faite en 2017 à son arrivée.

 Monsieur est suivi par un médecin addictologue tous les 2 mois ainsi que par une psychologue tous les mois (prise en charge à 100% également).

 En décembre 2018, Mr a eu un gros souci au niveau du bras (impossibilité de forcer ni le soulever sans douleurs). Une prise de rdv chez le neurologue a été demandée pour vérification.

**Mr L.A** est entré à la Louve en mars 2018. Il a rencontré de grosses difficultés pour s’intégrer au foyer et au groupe.

 En effet, il était dans une grande souffrance psychique. L’équipe de Médiation a demandé une hospitalisation en clinique du fait de son état dégradé.

Il a été admis en avril 2018 en clinique psychiatrique. Il a été transféré à l’hôpital général quelques semaines plus tard car il était en urgence vitale selon le psychiatre (dénutri + déshydraté).

 Il a réintégré la clinique début juin étant donné que son état physique s’était amélioré, mais son état psychique ne permettait pas de retour au foyer dans l’immédiat.

 Nous avons rencontré des difficultés dans le suivi de l’évolution de Monsieur par manque de communication entre les établissements dans lesquels il a « séjourné ».

 La dernière information que nous avions était que Monsieur avait été réorienté vers un EHPAD, finalement il est rentré à Médiation, le 27 juin 2018, et nous avons été avertis de son retour la vieille. Mr n’était pas très enchanté à l’idée de réintégrer le foyer.

Le 03/07/2018 : Mr est parti sur notre autre foyer.

**Mr N.G** est arrivé en février 2017. Il est parti pour un travail saisonnier de décembre 2017 à avril 2018.

 Sa place a été gardée à sa demande, (il a réglé ses loyers en son absence, comme convenu avec l’équipe.). A son retour, il a été accompagné par l’équipe pour la gestion de son suivi médical. Ce Monsieur est autonome dans ses démarches (véhicule personnel, indépendant), mais il semble important que l’équipe le soutienne dans ses démarches. Mr est parti courant septembre 2018, car Mr a trouvé du travail dans une autre région.

**Mr S.D** entré fin 2017 à la Louve; Mr est très jeune : 20 ans; il était dans un parcours d'errance depuis de nombreuses années.

Suivi initialement par promo-soins à Toulon, par un psychiatre, pour des injections retard, nous avons eu beaucoup de mal à trouver un psychiatre dans le secteur pour reprendre son suivi. (Liste d'attente importante pour suivi CMP)

 Monsieur souffrait d'une problématique d'addiction au cannabis, avec de grosses consommations régulières. Il a entamé un sevrage lors de son séjour à Médiation; un suivi CSAPE lui a tout de suite été proposé; il s'est rendu au premier rdv avec l'IDE, puis avec le médecin.

 Mais Monsieur a quitté rapidement la structure, un mois après son arrivée; suite à un week-end dans le bassin toulonnais, Monsieur a appelé le 15 janvier de cette année, pour dire qu'il ne rentrait pas et quittait définitivement la structure, pour partir à Reims chez des amis. Nous n'avons plus jamais eu de nouvelles.

**Mr M.T:** Mr est arrivé sur notre structure le 30 août 2018. Mr a une addiction à l'alcool et s'en est suivi des violences conjugales suite à ca. On a donc priorisé le suivi sevrage alcool. Mr est donc suivi toutes les 3 semaines au CSAPA où il voit soit l'addictologue soit l'infirmière.

Mr a des problèmes de dos on lui a donc fait prescrire des séances de kiné qu'il suit 2 fois par semaine. Un suivi rhumato reste à envisager.

Il y aura un suivi dentaire à effectuer, car Mr se plaint de douleurs dent aires mais souci de papiers donc en attente qu'ils soient refaits.

**Mr M.Y:** Mr a une addiction aux jeux et à l'alcool. Il a donc un suivi régulier (1 fois par mois) chez l'addictologue.

De plus, Mr est suivi chez un psychiatre 1 fois par mois.

Suivi rhumato: tous les 3 mois

Suivi cardio: tous les 2 ans

**Mr A.L** Mr est rentré sur notre foyer le 23/10/2018 jusqu’au 29/10/2018. Mr est rentré pour une poly toxicomanie (alcool et cannabis). Mr a eu une grosse crise de manque et est parti du jour au lendemain)

**Mr P.G :** Mr est arrivé sur notre structure fin janvier 2016. Mr est venu sur notre foyer pour l’aider au sevrage d’alcool.

 Suivi addicto chaque mois

 Suivi cardio 1 fois par an. Un test d’effort a été réalisé et tout est normal.

 Un suivi ORL s’est montré nécessaire en 2017 mais en 2018, aucun problème.

**Mr D.D**: Après un long parcours d’errance, Mr est arrivé sur la structure le 11/12/2018. En octobre 2018, Mr a eu un grave problème de santé (début de sirose). Mr a donc dû arrêter brutalement sa consommation d’alcool. Mr a donc commencé un sevrage.

On a mis en place son suivi par un médecin traitant car Mr n'en avait pas.

Suivi addicto : un contact avec le CSAPA Brignoles a été pris, pour que Mr soit suivi par un addictologue.

 Un suivi tous les 6 mois chez le gastroentérologue doit être effectué.

On a fait une demande de 100% addictologie.

On est en attente du renouvellement de sa CMUC pour les prises de rdv chez le dentiste et l’ophtalmo.

Mr s’est bien intégré au foyer.

**ObjectifS opérationnelS :**

1/ Accompagnement individualisé et de médiation dans l’accès aux soins et les démarches d'accès aux droits et aux soins (rétablissement ou ouverture des droits par le travailleur social de notre association, visite médicale, prise de rendez-vous…)

2/ Mise en place par le médecin généraliste et les médecins des secteurs spécialisés d’un traitement et aide à la prise du traitement.

**TABLEAU 22**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes accompagnées** aux soins  | 10 |
| **Nombre de personnes** ayant déclaré un médecin traitant | 6 |
| **TOTAL** | 16 |

**ObjectifS opérationnelS :**

PARTICIPATION à l'action Promotion de la santé par la nutrition, avec Fatima LEBRUN Animatrice Promotion Santé au Conseil Général du VAR  qui anime un atelier cuisine sur notre association comprenant :

Les courses et la réalisation/dégustation qui sont l’occasion d’informations alimentaires dans le cadre du Programme Alimentation Insertion (PAI) (intérêt  de la consommation des légumes secs, des choux...) et sur d’autres sujets comme sur le sevrage tabagique, à cette occasion, les fiches "Les substituts nicotiniques" sont présentées et distribués.

**TABLEAU 23**

|  |  |
| --- | --- |
| **- Nombre de personnes** sensibilisées | 2 |
| **Total** | 2 |

COMMENTAIRES

Mme LEBRUN qui intervient auprès des résidents dans le cadre de cette action, est malheureusement très demandée; de ce fait elle n'a pu intervenir auprès des résidents de l'association que trois fois ce semestre.

 Ses séances sont très espacées dans le temps, et elle ne peut pas intervenir plus souvent; le point négatif est donc le manque de régularité et donc, parfois la démission de certains résidents face à l'atelier proposé.

 Cependant, deux des résidents de la Louve se rendent systématiquement à ses ateliers, malgré leurs caractères ponctuels. De plus, Mme LEBRUN a un véhicule qui lui est mis à disposition par le conseil général du Var, avec lequel elle peut transporter les résidents. Cela facilite donc l'accompagnement, car elle est totalement libre et n'est pas dépendante de la présence d'un salarié ou d'un véhicule de l'association.

**Maison Relais de ‘ La Vacquière’**



**ASSOCIATION MEDIATION ROUTE DU THORONET Départementale 17 - 83340 LE CANNET DES MAURES Téléphone : 07 72 05 66 77 ou 04 94 73 03 10 Siret : 39119909800024 Naf : 8790B Site internet** [**http://mouvementmediation.hautetfort.com**](http://mouvementmediation.hautetfort.com)

**SOMMAIRE**

**INDICATEURS SOCIAUX**

**SITUATION FAMILIALE**

**AGE**

**ENVIRONNEMENT FAMILIAL**

**Ressources à l’arrivée**

**Nombre et type d’intervention par secteur concerné**

**INDICATEURS LOGEMENT**

**Nombre de contrats de séjour**

**DUREE MOYENNE DE SEJOUR**

**DEMANDES effectuées**

**DEPARTS**

**INDICATEURS EMPLOI ET FORMATION**

**PARCOURS PROFESSIONNEL (à l’arrivée)**

**DEMARCHES effectuées**

**DEMARCHES ABOUTIES**

**INDICATEURS ORIENTATIONS/ PARTENARIAT**

**Nombres orientés admis refus**

**ORIGINE DES ORIENTATIONS**

**Caractéristique dominante du public admis**

**CONTRATS DE SEJOURS**

**DUREE DES SEJOURS**

**Partenaires**

**INDICATEURS ACCES AUX LOISIRS/CITOYENNETE**

**LOISIRS HEBDOMADAIRE**

**INDICATEURS SANTE**

**PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER**

**DONNEES QUANTITATIVES DES DEMARCHES LIEES A LA SANTE**

**NOMBRE ET TYPE D’INTERVENTION PAR SECTEUR MEDICAL CONCERNE ;**

**NOMBREDE PATHOLOGIE NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER ;**

**NOMBRE DE PERSONNES ET DE DEMARCHES ENTREPRISES SUR LA PERIODE.**

**NOMBRE DE PERSONNES ACCOMPAGNEES A L’ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS (CMUC AME ACS)**

**NOMBRE DE PERSONNES AYANT OBTENU LEURS DROITS CMUC AME ACS**

**NOMBRE DE PERSONNES AYANT DECLARE UN MEDECIN TRAITANT**

**NOMBRE DE PERSONNES ACCOMPAGNEES AUX SOINS**

BILAN PEDAGOGIQUE

Maison Relais Vacquière

****

**INDICATEURS SOCIAUX.**

**Objectif opérationnel :**

1/ Permettre au public reçu de retrouver des droits : (domiciliation, C.M.U, ASSEDIC, papiers d’identité, compte bancaire …) Mais aussi des devoirs : (payer des dettes …)

2/ Favoriser les liens avec la famille quand il y en a une.

**Nombre de personnes suivies sur la période : 19**

**TABLEAU 24**

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION FAMILIALE** | **Nombre de personnes** |
| Veuf | 1 |
| Divorcé ou séparé | 7 |
| Célibataire | 11 |
| Enfants | 7 |

**TABLEAU 25**

|  |  |
| --- | --- |
| **AGE** | **Nombre de personnes** |
| DE 18 A 30 | 3 |
| DE 30 A 50 | 8 |
| 50 ET + | 8 |
| **total** | 19 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Moyenne d’âge** | 46 ans |

**TABLEAU 26**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENVIRONNEMENT FAMILIAL** | **Nombre de personnes** |
| Famille d’accueil (de la DDASS) | 1 |
| Famille mais en rupture | 5 |
| Famille pathogène (contact non souhaitable) |  |
| Bon environnement familial (contact épisodique ou régulier) | 12 |
| Pas de famille | 1 |
| Autre cas (préciser) |  |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises pour renouer un lien avec la famille, les freins, les points positifs.)**

Pour la majorité des personnes accueillies, les contacts avec la famille sont bons.

Néanmoins, 5 d’entre eux sont en rupture totale et 1 n'a pas ou plus de famille et 1 a grandi dans différentes familles d’accueil mais n’a conservé aucun lien.

M.H. en rupture de lien depuis plusieurs années a tout d’abord accepté de recontacté sa petite sœur qui l’avait retrouvé puis de revoir sa mère en faisant abstraction du passé.

**TABLEAU 27**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources à l’arrivée** | **Nombre de Personnes** |
| Sans | 2 |
| R.S.A | 8 |
| A.A.H | 6 |
| ASSEDIC | 1 |
| Salaire | 0 |
| Autres (précisez) | 1 en Garantie Jeune1 RETRAITE |
| Sous tutelle ou curatelle administrative | 8 |
| Dettes (préciser) | 4 |

**TABLEAU 28**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes :**  | **Nombre de DEMARCHES :** |
| Demande de R.S.A (ou transfert) | 2 |
| Demande A.A.H | 1 |
| Demande ASSEDIC | 0 |
| Demande de C.M.U/MUTUELLE | 5 |
| Contrat d’insertion R.S.A | 6 |
| Dettes (échéancier) | 4 |
| Demande de carte d’identité | 2 |
| Demande de retraite | 0 |
| Demande de reconnaissance travailleur handicapé | 0 |
| Demande de mise sous protection juridique | 0 |
| Demande d’ALD | 2 |
| **TOTAL Nombre de personnes :**  | **TOTAL Nombre de DEMARCHES :**  |

**TABLEAU 29**

|  |
| --- |
| **Nombre de personnes ayant obtenus leurs droits :** |
| 10 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Un bénéficiaire du RSA a quitté notre structure en mai, ce qui nous a conduit à faire un transfert vers un autre référent de parcours. Une demande de RSA a été envisagé pour un de nos résident mais n’a pu aboutir car Monsieur était de nationalité Roumaine et en errance depuis longtemps.

Nous avons renouvelé 4 contrats d’insertion avec nos résidents déjà présents et signé 2 premier contrat avec 2 bénéficiaires qui n’avait plus de référent.

Nous avons réitéré 5 demandes de CMUC pour maintenir l’accès aux soins des personnes accueillies.

Nous avons accompagné Messieurs D et M pour refaire leurs cartes d’identité.

Nous avons renouvelé une demande d’ALD et fait une 1ère demande pour M.A.

**TABLEAU 30**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTENARIATS SOCIAUX** | **NOM LIEUX** |
| **ADMINISTRATION** | CAF de Toulon, MDPH Ollioules, CPAM Brignoles, Draguignan et ToulonConseil Général du Var Préfecture de Toulon Sous Préfecture DraguignanTrésorerie de Toulon, Draguignan, Saint Maximin... |
| **EMPLOI/INSERTION** | Pole Emploi Le Cannet des Maures, Association VEGA, ADESS et FRAT en chantier d'insertion,Formation ADEMAESAT Les Hauts de l'Arc à Saint Maximin, Essor 83 à Cuers, Le Bercail à Fréjus |
| **JUGE DES TUTELLES** | TRIBUNAL de Draguignan, Toulon, Fréjus |
| **Service de tutelle** | ATIAM, ATMP, UDAF TOULON et Draguignan, MSA 3 A DRAGUIGNAN, tutelle privée, ATV |
| **SIAO**  | SIAO du VarSIAO de Nantes |
| **FOYER Occupationnel / FOYER de Vie / Foyer d'Accueil Médicalisé**  | Foyer de Vie Font Clovisse à Draguignan,Foyer de vie du Luc,Foyer Espérance Toulon, Foyer René Coty à Giens, FAM et FO les hauts de l'arc à St Maximin, FAM La Mezzanine à Hyères |
| **ACT** | ADSEAV Draguignan, OVA ToulonPromosoin Fréjus |
| **CH Dracénie** | Centre hospitalier, CMP, Hôpital de jour de Draguignan, Brignoles, Toulon, CSAPA |
| **Autres partenaires** | CSAPA Brignoles, Draguignan,AVAF Draguignan et Brignoles, Solidarités Est Var à Fréjus, API Provence résidence sociale à Draguignan, SENDRA DRAGUIGNAN, Le LucEmplois familiaux |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Nous sommes en lien permanent avec les différents partenaires :

Les tuteurs/curateurs pour les questions de budget, le travail sur le projet de vie, l’organisation de séjours….

Les établissements pour personnes handicapées pour les projets de départ de nos résidents que ce soit Foyer de vie pour M.C ou ESAT pour Messieurs H et D.

Le conseil départemental, le Pole Emploi, les chantiers d’insertion pour toutes les démarches d’insertion professionnelle et/ou de formation de nos résidents.

Les établissements de soins pour tout ce qui relève des problématiques de santé : somatique, psychologique, addictions….

Les partenariats s’établissent en fonction de chaque résident et de ses besoins, projets...

**ObjectifS opérationnelS :**

1/ Accompagnement individualisé et de médiation dans l’accès aux soins et les démarches d'accès aux droits et aux soins (rétablissement ou ouverture des droits par le travailleur social de notre association, visite médicale, prise de rendez-vous…)

2/ Mise en place par le médecin généraliste et les médecins des secteurs spécialisés d’un traitement et aide à la prise du traitement.

**TABLEAU 31**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes accompagnées** à l’accès aux droits (CMUC AME ACS) | 16 |
| **Nombre de personnes** ayant obtenu leurs droits CMUC AME ACS | 3 |
| **TOTAL** | 19 |

**INDICATEURS LOGEMENT**

**Objectif opérationnel :**

1/ Favoriser l’accès au logement des résidents désireux et prêts à en intégrer un.

**TABLEAU 32**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDES effectuées** | **Nombre de personnes**  |
| Foyer occupationnel | 1 |
| Maison de retraite | 0 |
| Logement thérapeutique | 1 |
| Famille d’accueil | 0 |
| Logement autonome | 0 |
| Logement semi autonome (foyer logement…) | 0 |
| Foyer d’accueil médicalisé | 0 |
| Logement social | 0 |
| Foyer | 2 |
|  Maison Relais/ résidence accueil | 1 |
| Autre (préciser F.S.L…) | 2 ESAT |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Pour M.C, nous sommes à la recherche d’un foyer occupationnel, les dossiers ont été déposés. Il a pu effectuer 2 essais en février et en septembre dans l’un d’eux mais doit d’abord être sevré de son traitement de substitution avant d’envisager une entrée au sein de cet établissement.

Deux résidents désireux d'intégrer un autre foyer ont été accompagné dans cette démarche. Pour Messieurs F et Ha, nous avons instruit des demandes de foyer de stabilisation ou CHRS sur Toulon. M.F. a finalement souhaitait stopper cette demande et orienter sa candidature vers un Appartement de coordination thérapeutique sur Fréjus, qu’il a intégré en mai.

Pour M.Ha, après discussion avec le SIAO, nous avons conclu que Monsieur relève davantage d’un FAM et les recherches ont été réorientées dans ce sens.

Une demande de maison relais était toujours en cours sur Toulon pour M.V. qui a finalement quitté la structure en septembre (une fois son suivi judiciaire terminé) pour s’installer chez son frère.

Deux projets d'intégrer un ESAT avec foyer d'hébergement sont également en cours pour Messieurs D et Hc.

**TABLEAU 33**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTS**  | **Nombre de personnes**  |
| Foyer occupationnel | 0 |
| Maison de retraite | 0 |
| Logement thérapeutique | 1 |
| Famille d’accueil | 0 |
| Logement autonome | 0 |
| Logement semi autonome (foyer logement…) | 0 |
| Foyer d’accueil médicalisé | 0 |
| H.L.M | 0 |
| ESAT | 0 |
| Maison relais | 0 |
| Retour famille (couple…) | 2 |
| A la rue | 3 |
| Autre (préciser) :  | 0 |

**INDICATEURS EMPLOI ET FORMATION.**

**Objectif opérationnel :**

**1/ Evaluer les capacités des résidents ;**

**2/ Accompagner les résidents dans la recherche d’un emploi, d’un chantier d’insertion ou d’un reclassement.**

**TABLEAU 34**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARCOURS PROFESSIONNEL (à l’arrivée)** | **Nombre de personnes**  |
| Employé qualifié | 4 |
| Manœuvre / ouvrier | 6 |
| Ouvrier qualifié | 5 |
| Agent de service hôtelier | 0 |
| Employé sans qualification | 0 |
| Artisan / commerçant | 0 |
| Cadre | 1 |
| Jamais travaillé | 2 |
| Emploi protégé ESAT | 1 |

**TABLEAU 35**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMARCHES effectuées** | **Nombre de personnes**  |
| Inscription Pole emploi | 1 |
|  Manœuvre / ouvrier | 0 |
|  Ouvrier qualifié | 0 |
| Emplois logés | 0 |
| Emplois aidés | 2 |
| Emploi protégé  | 2 |
| Intérim/ saisonnier | 0 |
| Reconnaissance MDPH(travailleur handicapé) | 0 |
| Formation ou reclassement | 1 |
| Chantier d’insertion R.S.A | 1 |
| Autre (précisez) |  |

**TABLEAU 36**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMARCHES ABOUTIES** | **Nombre de personnes**  |
| Manœuvre / ouvrier | 0 |
| Ouvrier qualifié | 0 |
| Emplois avec logement | 0 |
| Emplois aidés | 2 |
| Emploi protégé  | 0 |
| Intérim/ saisonnier | 0 |
| Reconnaissance MDPH (travailleur handicapé) | 0 |
| Formation ou reclassement | 0 |
| Chantier d’insertion R.S.A | 1 |
| Autre (précisez) |  |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

2 résidents ont pour projet d’intégrer un ESAT, plusieurs demandes ont été faites de ce sens. M.D. a pu réaliser 2 entretiens de pré-admission pour l'ESAT Essor 83 à Cuers ainsi qu’un stage d'essai de 15 jours.

Il est sur liste d’attente.

M.Dp a renouvelé son CAE avec l’Association à compter du 1erfévrier 2018 pour une durée de 6 mois.

M.F qui souhaitait compléter sa formation en tant qu’agent de sécurité a obtenu l’accord de la commission départementale pour le financement de celle-ci. Il devait débuter en février mais a du refuser à cause de problème de santé invalidant.

M.R. a intégré le chantier d’insertion VEGA en juillet pour un contrat aidé de 6 mois renouvelable.

**INDICATEURS ORIENTATIONS/ PARTENARIAT**

**Objectif opérationnel :**

1/ Evaluer si les orientations sont en adéquation avec les objectifs du foyer ;

2/ Etablir un large partenariat avec les réseaux de soins de santé (public et privé) ; de travail, de logement.

**TABLEAU 37**

|  |  |
| --- | --- |
| **RESIDENTS** | **Nombre** |
| Orientés | 9 |
|  Reçus en entretien | 4 |
| Admis  | 3 |
| Refus motifs | 5 |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs.)**

Sur les 9 personnes orientées, 4 ont été reçues en entretien dont 3 ont été admises au sein de la structure et 1 la réponse sera donnée en janvier.

5 refus ont pu être observés : - 1 personne n'avait pas de ressources

- 1 a refusé car il venait de trouver un emploi saisonnier nourri logé.

- 1 refus car la structure est trop éloignée

- 1 ne s’est pas présenté aux 2 rdvs fixés

- 1 ne voulait pas de collectif

**TABLEAU 38**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORIGINE DES ORIENTATIONS**  | **PAR LE SIAO****Nombre de personnes** |
|  Logement insalubre | 2 |
| Rue | 2 |
| **Hôpital /cliniques** | 2 |
| Centre Pénitentiaire  |  |
| UHU  |  |
| Foyers |  |
| Hôtel social |  |
| Hébergement par un tiers  | 2 |
| **Autres (préciser)**  | 1 EN LOGEMENT (EXPULSION) |
| **TOTAL** | 9 |

**Caractéristiques Dominantes DU PUBLIC ADMIS.**

Le public accueilli allie souvent plusieurs problématiques et notamment pathologie psy et conduites addictives.

Dans tous les cas, cela nous conduit a travaillé en collaboration avec les équipes médicales correspondantes.

DéterminerUNE SEULE CARACTERISTIQUE DOMINANTE.

**TABLEAU 39**

|  |  |
| --- | --- |
| **Caractéristique dominante du public admis** | **Nombres de personnes admises**  |
|  Souffrance psychique / Pathologies « Psy »  | 11 |
|  Violences conjugales et familiales |  0 |
|  Errance - Grands marginaux | 4 |
|  Conduites addictives  | 4 |
|  Autres (à préciser) |   |
|  **TOTAL** | **19** |

**TABLEAU 40**

|  |  |
| --- | --- |
| **DUREE DES SEJOURS**  | **Nombre de personnes** |
| Moins de 3 mois | 1 |
| De 3 mois à 12 mois | 7 |
| + de 12 mois | 11 |
| Durée moyenne des séjours | 37 mois soit 3 ans et 1 mois |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU:**

La majorité des personnes accueillies sur la structure le sont depuis plusieurs années. 5 nouvelles personnes sont arrivées cette année dont une est restée 1 mois et une 3 mois.

La durée moyenne des séjours est donc d'environ 37 mois soit 3 ans et 1 mois.

**INDICATEURS ACCES AUX LOISIRS/CITOYENNETE**

**Objectif opérationnel :**

1/Favoriser l’accès à la culture et aux loisirs des résidents au moins une fois par semaine (le samedi) ;

**TABLEAU 41**

|  |  |
| --- | --- |
| **LOISIRS HEBDOMADAIRE SAMEDI** | **Moyenne des participants** |
| Marché aux Puces, brocantes | 8 |
| Grands magasins soldes | 6 |
| Musée  | 0 |
| Randonnées pédestres, baignades | 8 |
| Cinéma | 7 |
| Concert | 0 |
| Autre (précise) karting, canoë kayac, ski | 6 Karting, canoé  |

**COMMENTAIRES SUR TABLEAU: (évaluer le taux de participation des résidents, les freins, les points positifs.)**

Pas de commentaires particuliers sur ces sorties qui sont planifiées chaque samedi et qui fonctionnent bien, un bénévole ou un salarié (parfois les deux lorsqu’il y a trop de monde inscrit) accompagnent les personnes selon la saison et les envies.

**DEMARCHES DE SOINS et ACCOMPAGNEMENTS MEDICAUX**

**Maison Relais "La VACQUIERE "**

**du 01 JANVIER 2018 au 31 DECEMBRE 2018**

**TABLEAU 42**

|  |  |
| --- | --- |
| Secteur Médical | **TOTAL** |
| Addicto. Hôpital | **16** |
| Algologue | **2** |
| Anesthésiste | **2** |
| Angiologue | **6** |
| Audioprothésiste | **1** |
| Bilan Sg à dom | **20** |
| Cardiologue | **9** |
| Chir.Orthopédiste | **3** |
| Chir Thoracique | **0** |
| Chir. Vasculaire | **1** |
| Coloscopie | **1** |
| CSAPA Addicto | **33** |
| CSAPA inf. | **11** |
| CSAPA Social | **1** |
| CSAPA Psycho | **0** |
| Cs thyroide | **0** |
| Dentiste | **71** |
| Dermatologue | **0** |
| Doppler  | **0** |
| Endocrinologue | **0** |
| Gastroenterologue | **4** |
| Généraliste | **48** |
| Hématologue | **0** |
| Homéopathe | **0** |
| Hôpital de jour psy | **43** |
| Hôpital jour Onco | **4** |
| Hospi diverses (...) | **10** |
| Hospi psychiatrie | **0** |
| Imagerie Méd. | **16** |
| Infectiologue | **0** |
| Interv. cataracte | **0** |
| Infirmière piluliers | **53** |
| Infirmière toilettes | **1116** |
| Kinésithérapeute | **149** |
| Laboratoire | **3** |
| Néphrologue | **0** |
| Neurologue | **3** |
| Neuropsychologue | **0** |
| Oncologue | **12** |
| Ophtalmologue | **12** |
| Ostéopathe | **0** |
| ORL | **1** |
| Orthoptiste | **0** |
| Pharmacies | **71** |
| Pneumologue | **7** |
| Podologue | **15** |
| Psychiatre | **71** |
| Psychologue | **2** |
| Rhumatologue | **2** |
| Sophrologue | **0** |
| Stomatologue | **0** |
| Tabacologue | **2** |
| Urologue | **2** |
| TOTAL | **1823** |

**TABLEAU 43**

|  |  |
| --- | --- |
| **PATHOLOGIES NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ET UN TRAITEMENT REGULIER** | **Nombre de personnes**  |
| Psychiatrique  |  10 |
| Alcoolique |  3 |
| Poly toxicomanie  |  3 |
| Somatique (uniquement ALD AUTRE QUE PSY) |  4 |

**Noter bien : certains résidents cumulent un suivi psychiatrique et un suivi en addictologie**

**TABLEAU 44**

|  |  |
| --- | --- |
|  Types de structure participant à l’action |  Nombre de structure |
| Généraliste cabinet en ville |  2 |
| Infirmière libéraleSSIAD | 1- |
| Dentiste cabinet en ville | 2 |
| Ophtalmologie cabinet en ville | 1 |
|  PSYCHIATRIE HOPITALPSYCHIATRIE CLINIQUE PSYCHIATRIE EN VILLE CABINET PRIVECMPHOPITAL DE JOUR psy HOPITAL De JOUR oncologie |  2 1 - 3 1 1 |
| Cabinets médicaux spécialisés privés en ville (angio, cardio, neuro, rhumato, pneumo) | 5 |
| Hôpitaux (autre que psy) (Brignoles, Draguignan, Fréjus, Toulon) | 4 |
| Kinésithérapeute cabinet en ville | 1 |
| Radiologie- Scanner- Echographie- I.R.M- Angioscanner privé en ville (Le Muy) |  1 |
| M.D.P.H.  | 1 |
| C.S.A.P.A (Brignoles et Draguignan)/ E.L.S.A (Brignoles) |  3 |
| Laboratoire analyses en ville (Vidauban) | 1 |
| Pharmacies (Vidauban, Le Luc) |  2 |
| Expertise psy pour reconduite mesure de protection | 1 |
| **Autre ?** | - |
| **TOTAL** | **32** |

**ObjectifS opérationnelS :**

1/ Accompagnement individualisé et de médiation dans l’accès aux soins et les démarches d'accès aux droits et aux soins (rétablissement ou ouverture des droits par le travailleur social de notre association, visite médicale, prise de rendez-vous…)

2/ Mise en place par le médecin généraliste et les médecins des secteurs spécialisés d’un traitement et aide à la prise du traitement.

**TABLEAU 45**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de personnes accompagnées** aux soins  | 16 |
| **Nombre de personnes** ayant déclaré un médecin traitant | 4 |
| **TOTAL** | 20 |

**Résumer pour chaque personne les démarches entreprises, les freins, les points positifs :**

**Mr A.D** : est arrivé à la Vacquière début janvier 2018 : Mr rencontrait une problématique d’addiction à l’alcool.

 Il est sevré depuis ; une prise en charge à 100% a été demandée auprès de la sécurité sociale, et un suivi a été mis en place dès son entrée sur la structure avec l’équipe de l’ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) de l’hôpital de Brignoles (suivi infirmier + médecin addictologue a raison d’une fois par mois).

En complément, Mr a été accompagné par l’équipe pour un suivi en psychiatrie pour une tendance dépressive. Il rencontre le médecin psychiatre une fois par mois depuis début avril 2018.

 Il a été hospitalisé en Avril de cette année, à la demande du médecin généraliste, suite à une suspicion de phlébite. Mr est resté hospitalisé à Draguignan deux semaines ; l’infirmière de la structure lui a rendu visites plusieurs fois, afin de maintenir le lien avec lui ainsi que l’équipe soignante de l’hôpital. Cette période d’hospitalisation a été l’occasion d’un bilan de santé complet pour Monsieur, qui a passé (avant son arrivée à la Vacquière), une longue période d’errance, et de vie à la rue.

 Monsieur a eu plusieurs examens sur le plan gastroentérologique, dermatologique, cardiologique et pneumologique. Depuis sa sortie d’hospitalisation, Monsieur a plusieurs rendez-vous avec les différents spécialistes. Il a été découvert qu’il faisait de l’apnée du sommeil ; Monsieur est appareillé depuis sur le foyer, et retrouve petit à petit un sommeil de qualité.

 Il bénéficie également depuis ce début d’année de soins bucco-dentaires. Il a été accompagné par l’équipe chez un ophtalmologue, qui lui a permis d’obtenir une paire de lunettes adaptée à sa vue en mars 2018.

 De plus il a été accompagné chez un neurologue à la demande de son médecin généraliste pour des douleurs chroniques au niveau des jambes et un traitement a été mis en place. Un prochain rdv est fixé au deuxième semestre pour évaluation de la mémoire, car Mr se plaint de troubles mnésiques.

 De surcroît Mr voit un algologue, depuis juillet 2018, pour trouver une solution à ses douleurs et voir quel traitement lui correspondrait le plus et calmerait ses douleurs.

 L’accueil au sein de la structure a été très bénéfique sur le plan de la santé car de nombreux points ont été découverts et traités ; ce qui ne pouvait pas être le cas au vu la précarité de sa situation à la rue. De plus, Mr adhère pleinement à son projet de soin.

**Mr B.K** : entré à Médiation fin avril 2018. Mr est resté un mois sur la structure ;

 Au cours de cette période, une demande de 100% a été mise en place sur le plan psy par un médecin généraliste. Il a été accompagné par l’équipe vers une reprise du soin, en rupture depuis plusieurs mois. Reprise du suivi ainsi que du traitement quotidien. Des soins dentaires ont débuté rapidement.

 Malheureusement Monsieur a fini par être expulsé pour des problèmes de violences et d’agression envers les autres résidents, une mise en péril du groupe et de chaque individu accueillis.

**Mr C.L** : est accueilli depuis fin janvier 2011 à Médiation. Son séjour sur la structure lui permet de maintenir un équilibre notamment sur le plan de la santé : rendez vous mensuels chez un psychiatre, ainsi que chez un médecin addictologue (pris en charge au CSAPA de Draguignan) ainsi qu’une surveillance au niveau de la prise des traitements. Mr est suivi sur le plan ophtalmologique, cardiaque (demandé par le Dr).

 Monsieur a le projet d’intégrer un foyer occupationnel à Toulon, dans lequel il a effectué un accueil temporaire au mois de janvier de cette année. En effet, Monsieur est autonome, mais nécessite tout de même un accompagnement renforcé, notamment sur le plan de la santé. Il reste vulnérable et très influençable.

**Mr C.C** : est entré en 2016 ; Mr ne présente pas de problématique santé particulière en ce début d’année 2018 ; il est suivi par son médecin généraliste pour le renouvellement de son ordonnance tous les mois et l’équipe gère la prise de son traitement quotidien.

 Il bénéficie de soins dentaires a raison d’un rendez-vous tous les quinze jours, ce qui lui a permis d’avoir une prothèse pour le bas en juin 2018.

 Ayant constaté de nombreux troubles de l’humeur à la fin de l’année 2018, nous avons prévu une reprise de ses rendez-vous chez la neuropsychologue dès le début d’année prochaine.

**Mr D. J-M** : est accueilli depuis 2014 sur la maison relais.

 Sa présence sur la structure lui permet d’avoir un accompagnement sur le plan psychiatrique : rendez-vous mensuels chez le psychiatre, soins infirmiers réguliers pour administration d’injection retards tous les 15 jours en complément du traitement mensuel.

 Mr est conduit régulièrement chez le dentiste à sa demande.

 Il est soutenu par l’infirmière de la structure, dans le suivi de son poids et de son alimentation car nécessite la perte de quelques kg pour une meilleure santé.

 De plus, ayant subi des brimades un suivi, chaque mois, chez une psychologue a été mise en place.

**Mr D.P** : est à Médiation depuis 2014. Son accueil depuis ces 4 années a permis d’amorcer un sevrage et de se stabiliser.

 Monsieur est autonome, et a un véhicule personnel. Il n’hésite pas à demander de l’aide auprès de l’équipe dans la prise et gestion de ses rendez-vous (généraliste, dentiste, kiné).

**Mr F.T** : est arrivé en avril 2017. Mr semblait a priori très autonome. Cependant il a cumulé les problématiques au niveau de la santé : cardio, rhumatologie, ophtalmologie etc.

 La complexité de sa situation et de ses douleurs au niveau du nerf sciatique a fait qu’il a été orienté vers de multiples spécialistes (neurologue, rhumatologue, neurochirurgien, chirurgien orthopédique..) et cela a été déclencheur d’un mal-être latent. Monsieur a eu l’impression d’être « baladé », notamment avec les délais parfois long de rendez-vous, et les avis médicaux divergents.

 Monsieur a été accompagné par l’équipe à de multiples reprises vers une prise en charge psy, qu’il a toujours refusé, car dans le déni de ce mal-être.

 L’accompagnement a été parfois très difficile pour l’équipe, qui a pu se sentir démunie face à sa situation, et son humeur très changeante. D’autant que Monsieur a évoqué plusieurs fois son insatisfaction de la part de la part de l’accompagnement proposé.

 L’équipe lui a présenté plusieurs possibilités d’orientations vers d’autres services, mais ces projets étant également très changeants, Mr a eu beaucoup de mal à se positionner.

 Finalement, il a quitté la structure au début du mois de mai 2018, pour une place en ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique).

**Mr G.F** : accueilli sur la maison relais depuis 2 années (juin 2016). Mr est jeune et ne présente pas de problématique santé particulière (pas de traitement, ne de suivi particulier).

 Un suivi en CMP par une psychologue était mis en place à raison d’une consultation tous les 15 jours, mais Monsieur y a mis un terme de son propre chef au mois d’avril 2018, n’y trouvant pas d’intérêt particulier.

 Par ailleurs, en octobre 2018, Mr s’est fortement plaint de migraines ophtalmiques, un suivi chez l’ophtalmologue a été mis en place qui lui a permis de détecter un fort problème de myopie donc port de lunettes.

**Mr H.A** arrivé à la Vacquière en fin d’année 2017 (novembre).

 Dès son arrivée Mr a été accompagné sur le plan de la santé, notamment dans la prise de rendez-vous chez les différents spécialistes ainsi que pour la réalisation de divers examens (IRM, angioscanner etc.)

 Au premier semestre de cette année, Mr a « mis à mal » l’accompagnement qui lui était proposé par les professionnels (fugue lors des rdv, problème d’agressivité, envers les autres résidents puis envers les professionnels, alcoolisations répétées). Il a reçu plusieurs avertissements qui l’ont conduit vers une mesure d’expulsion. Cependant, Monsieur s’est vite rendu compte de sa situation et du retour probable à la rue au vue des éléments.

 Monsieur a demandé à rester en promettant des efforts sur tous les plans. Sa famille que nous avons contactée a repris avec lui l’opportunité de son séjour à la Vacquière. Finalement, après décision d’équipe, Monsieur est resté à la Vacquière, sous conditions de changements et d’efforts de sa part. Depuis ces évènements, le comportement de Monsieur à changé de façon positive. Il participe à la vie en collectivité en fonction de ses capacités, et s’est bien intégré au groupe.

 Il se rend aux rendez-vous qui sont fixés. Un suivi a été mis en place auprès d’un médecin psychiatre, auquel Monsieur va de façon assidue. Les différents examens de contrôles, d’abord mis en échec, ont finalement été réalisés.

Un suivi chez le tabaccologue a été mis en place mais qui ne correspondait pas à Mr.

 Des soins dentaires ont débuté au mois de juin de cette année.

**Mr H.C** est à Médiation depuis 2011.

 Mr est suivi mensuellement par un médecin addictologue, avec une prise en charge à 100% pour une problématique de polytoxicomanie. L’équipe a également remis en place un suivi par un médecin psychiatre, depuis plusieurs mois. Mr se rend aux consultations tous les mois. (Prise en charge en ALD également).

 L’accueil à Médiation permet un soutien dans le sevrage, mais malgré les nombreuses années passées sur la structure, Monsieur connaît des épisodes de rechutes ponctuels. Il verbalise très souvent le manque des produits. Il a déjà effectué plusieurs séjours de cure et ne souhaite pas réitérer l’expérience.

 Le suivi en psychiatrie, en addictologie ainsi que l’accompagnement éducatif renforcé par l’équipe à Médiation sont indispensables pour ce Monsieur. Il l’exprime d’ailleurs très ouvertement.

 Mr est également suivi sur le plan bucco-dentaire de façon très régulière (rdv tous les 15 jours auxquels l’équipe l’accompagne).

 On a envisagé avec Mr un suivi psychologique pour travailler sur les causes de ses rechutes ponctuelles.

**Mr J.R** entré à la Vacquière en juin 2018. Mr très autonome, ne présentant aucune problématique santé particulière. Un suivi dentaire a été mis en place à sa demande en début d’année 2018.

 A la fin du mois d’avril 2018, les résidents qui vivaient avec lui ont alerté l‘équipe sur des comportements étranges voire délirants de la part de Monsieur, notamment le soir et la nuit où Mr disait se sentir persécuté par les voisins.

 Peu de temps après, avant même que l’équipe ne puisse le rencontrer, Mr a quitté la structure du jour au lendemain, disant qu’il ne voulait plus y remettre les pieds, car les voisins lui voulaient du mal. Un signalement inquiétant a été fait auprès du SIAO par l’équipe de Médiation ;

 Au bout de plusieurs jours sans nouvelles, nous avons été contactés par le CAUP (Centre d’Accueil des Urgences Psychiatriques) où Mr était hospitalisé. Il y est resté 3 semaines et a finalement réintégré la structure à sa demande, à sa sortie d’hospitalisation le 22 mai.

 Monsieur a été accompagné chez son médecin traitant pour faire une demande de prise en charge à 100% sur le plan psychiatrique. Un rendez-vous avec un médecin psychiatre avait été fixé dans le but de maintenir le suivi, suite à cet épisode.

 Mr est sorti d’hospitalisation avec un bras dans le plâtre. Il a été accompagné par l’équipe pour la prise en charge de sa fracture : rdv radiologie, prise de contact avec un chirurgien orthopédique…

 Mr nous a informé qu’il allait quitter la structure pour aller vivre chez son frère de façon définitive dans la région de Dijon. Il a quitté médiation le 15 juin 2018.

 La difficulté principale rencontrée dans l’accompagnement de ce Monsieur a été le manque d’informations, concernant son état de santé, et le lien entre les différents partenaires qui l’ont suivi avant Médiation.

**Mr R J-P** est arrivé sur la maison Relais en 2015.

Mr est très autonome dans ses démarches ; il possède un véhicule personnel qui lui permet de se rendre seul à ses rdv médicaux. Monsieur demande cependant un soutien actif de la part de l’équipe encadrante pour la gestion de son suivi santé.

Il est pris en charge à 100% pour un diabète de type II, et est suivi par son médecin traitant qui prescrit des bilans sanguins réguliers. L’équipe organise les prélèvements avec les infirmières libérales.

A la fin de ce semestre, Mr a trouvé une place sur un chantier d’insertion. Il est sous contrat pour 6 mois. Mr a eu un renouvellement de son contrat et une place en résidence sociale a été demandé.

**Mr N.V** est arrivé à Médiation en septembre 2017.

Plusieurs démarches de soins ont été mises en place dès son arrivée : suivi psy, dentaire, généraliste etc… Cependant, Monsieur a quitté la maison en février de cette année, de son propre choix.

Toutes les démarches entreprises et les rdv programmés ont été transmis à sa curatrice, pour éviter une rupture des soins, mais nous ne pouvons pas savoir si cela à été maintenu.

**Mr A.M** Entré a Médiation en 2009.

 Mr est pris en charge à 100% sur le plan cardio/angio et à des rdv de contrôle tous les 6 mois chez les différents spécialistes. Il est accompagné deux fois par semaine par l’équipe chez le kiné pour des problèmes de dos.

 Il souffre d’ostéoporose et de décalcification osseuse. Le médecin généraliste lui prescrit une perfusion annuelle en traitement ; la perfusion est réalisée à domicile par les infirmières libérales. Au mois d’avril 2018, Mr a été accompagné pour faire une densitomètrie osseuse ainsi qu’une radio du rachis. Les résultats sont corrects et le Dr n’a pas noté d’aggravation.

 Un suivi rhumato reste à envisager pour essayer de diminuer ses douleurs.

**Mr S.T** est sur la maison relais depuis de nombreuses années. Mr est pris en charge à 100% sur le plan psychiatrique. Il se rendait jusqu’à présent tous les vendredis après-midi en hôpital de jour psy.

 Ce premier semestre a été très lourd au niveau des soins pour Monsieur. Un cancer rénal avec nombreuses métastases a été diagnostiqué fortuitement au cours d’un examen basique. Un traitement par chimiothérapie orale lui a d’abord été prescrit par l’oncologue. Mais suite à des douleurs abdominales importantes et saignement, Mr a été hospitalisé en urgence à la demande du médecin généraliste. Il est resté à l’hôpital 3 semaines et demie.

 Depuis son retour sur le foyer, début mai 2018, le protocole de soin a été modifié ; désormais il se rend en Hôpital de jour oncologie, le vendredi, tous les 15 jours, pour des séances d’immunothérapie. Des bilans sanguins doivent être réalisés 48heures avant chaque séance. L’équipe encadrante programme rigoureusement ces prélèvements de sang avec les infirmières libérales à domicile. Lors de ces rdv de contrôle avec l’oncologue, Monsieur est systématiquement accompagné par l’infirmière de Médiation, pour le soutenir.

 A la demande de l’équipe de Médiation, les prises en charge en hôpital de jour psychiatrique, ont été décalées au mercredi, Mr ne pouvant plus s’y rendre les vendredis du fait de son nouveau traitement. En effet, il est très important que Monsieur continue de s’y rendre ; il y trouve beaucoup de plaisir et cela à un aspect contenant pour lui.

 La difficulté principale rencontrée par l’équipe dans l’accompagnement de ce Monsieur et l’association d’une pathologie psychiatrique avec une pathologie somatique sévère. Son état de fatigue général causé par les traitements et la multitude d’examens (consultations en oncologie, IRM et scanners, séances d’immunothérapie, prélèvements sanguins, allers-retours fréquents à l’hôpital etc…) ont un effet sur sa santé mentale et implique une fragilité supplémentaire.

 L’équipe s’est retrouvée au cours de ce semestre, parfois démunie face au mal-être de ce Monsieur. De plus, nous éprouvons de grandes difficultés à communiquer avec l’équipe de psychiatrie par laquelle il est suivi hebdomadairement. Nous sommes régulièrement amenés à passer par la secrétaire qui filtre énormément les appels et ne prend pas toujours en compte les inquiétudes et questionnements des travailleurs sociaux de Médiation.

 A sa sortie d’hospitalisation, Monsieur était très faible (resté alité pendant plusieurs semaines) et éprouvait de la difficulté à se déplacer. L’équipe l’a transféré dans une chambre au rez-de-chaussée, prévue pour accueillir des personnes en situation de handicap (chambre de plain-pied, douche à l’italienne avec fauteuil, rampe etc…) .de plus le médecin généraliste a prescrit à la demande de l’équipe des séances de kinésithérapie pour rééducation à la marche, où il est accompagné une fois par semaine depuis début juin 2018.

 Mr a bénéficié également au cours de ce semestre d’un bilan ophtalmo, ce qui lui a permis d’obtenir une paire de lunette adaptée à sa vue.

 Mr a régulièrement des demandes de bilan bucco-dentaire demandées par l’oncologue.

 Mr demande de temps à autre une hospitalisation pour pouvoir faire un break et se reposer.

**Mr V.K** est entré à Médiation en mars 2017 ; il est suivi et pris en charge à 100% sur le plan psychiatrique. Il se rend tous les mois à ses rdv chez son médecin psychiatre en VSL ; il est également convoqué tous les mois par le SPIP suite à une obligation de soins, où l’équipe doit par contre se rendre disponible pour l’accompagner (pas de bus pour s’y rendre). Monsieur a pour projet de quitter la structure au deuxième semestre de cette année, pour se rapprocher de la ville. Mr est parti en août 2018.

**Mr V.L** Mr est entré à Médiation depuis fin juillet 2018. Mr a un lourd passé d’addiction à l’alcool et est accompagné par l’équipe d’ELSA, une fois par mois, pour son aide au sevrage. Mr exprime régulièrement le fait de vouloir quitter la structure dans le but de recommencer à boire. L’équipe d’ELSA et nous-même essayons de l’encadrer au mieux pour le soutenir dans son sevrage.

Un suivi psychiatre chaque mois est effectué.

Mr a eu également des gros problèmes au niveau de ses jambes (pose de stent). Egalement, Mr a des calcifications au niveau des genoux et une opération est à prévoir. Le rdv chez le chirurgien a déjà été prévu pour le mois de février 2019.

Un suivi ophtalmo a été repris. En effet, Mr avait un besoin de lunettes.

**ObjectifS opérationnelS :**

PARTICIPATION à l'action Promotion de la santé par la nutrition, avec Fatima LEBRUN Animatrice Promotion Santé au Conseil Général du VAR  qui anime un atelier cuisine sur notre association comprenant :

Les courses et la réalisation/dégustation qui sont l’occasion d’informations alimentaires dans le cadre du Programme Alimentation Insertion (PAI) (intérêt  de la consommation des légumes secs, des choux...) et sur d’autres sujets comme sur le sevrage tabagique, à cette occasion, les fiches "Les substituts nicotiniques" sont présentées et distribués.

**TABLEAU 46**

|  |  |
| --- | --- |
| **- Nombre de personnes** sensibilisées | 3 |
| **Total** | 3 |

COMMENTAIRES

Mme LEBRUN qui intervient auprès des résidents dans le cadre de cette action, est malheureusement très demandée; de ce fait elle n'a pu intervenir auprès des résidents de l'association que trois fois ce semestre.

 Ses séances sont très espacées dans le temps, et elle ne peut pas intervenir plus souvent; le point négatif est donc le manque de régularité et donc, parfois la démission de certains résidents face à l'atelier proposé.

 Cependant, entre un et trois des résidents de la Vacquière se rendent systématiquement à ses ateliers, malgré leurs caractères ponctuels. De plus, Mme LEBRUN a un véhicule qui lui est mis à disposition par le conseil général du Var, avec lequel elle peut transporter les résidents. Cela facilite donc l'accompagnement, car elle est totalement libre et n'est pas dépendante de la présence d'un salarié ou d'un véhicule de l'association.