

CONVENTION CONSTITUTIVE

(modifiée en février 2008)

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, la convention suivante prévoit les conditions de création, de fonctionnement, d'évaluation et de dissolution du réseau santé solidarité Lille métropole.

Préambule

Dans le cadre de leurs activités, les membres du réseau santé solidarité Lille métropole se réfèrent à l'approche de la précarité établie par le Père WRESINSKI, fondateur de l'association ATD Quart Monde.

Pour eux, la précarité est la conséquence de l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (...). Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante et compromet les chances d'assumer ses responsabilités et conquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible (...).

Adhérer au réseau santé solidarité revient à aborder la précarité sur un nombre limité d'aspects et à se mobiliser notamment contre les inégalités de santé et à refuser que la précarité devienne un facteur excluant du système de santé.

Art. 1 – Objet du réseau et objectifs poursuivis

La finalité du réseau est d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe par un accompagnement global cohérent et de coordonner les acteurs de santé afin qu'ils les réorientent dans les dispositifs de droit commun.

Le réseau a pour objectifs :

- d'harmoniser la prise en charge de ces personnes en favorisant l'accès et le recours aux soins et en assurant la continuité des soins en respectant les règles élémentaires de confidentialité ;
- d'améliorer la communication entre le secteur de ville et le secteur hospitalier ;
- d'intervenir en amont de l'hospitalisation pour éviter les situations de rupture et les hospitalisations en urgence ;
- d'améliorer les conditions d'accueil et de sortie de l'hôpital ;
- de favoriser la coordination des différents acteurs ;

- de garantir la qualité de la prise en charge par la formation et l'information des différents acteurs ;
- de favoriser le développement et la diversification des réponses extra-hospitalières ;
- de développer de bonnes pratiques d'éducation des patients, d'approche globale et de qualité de soins ;
- de jouer un rôle de veille sanitaire et sociale ;

Art .2 – L'aire géographique du réseau et la population concernée.

2.1.- Population concernée

Le réseau se situe sur l'agglomération lilloise et concerne toutes les personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe sans condition d'âge ni d'origine géographique.

Ses actions visent en particulier les personnes sans domicile fixe, sans couverture sociale ou n'ayant pas la possibilité de faire l'avance des frais.

Toutes les pathologies sont prises en charge au sein du réseau et notamment les conduites addictives, la traumatologie due à la violence, les différentes affections (dermatologie, ORL, maladies infectieuses, dentaires ...) qui résultent des conditions de vie, les pathologies psychiatriques, le suivi médical des femmes enceintes en situation d'urgence sociale.

ART .3 – LE SIEGE DU RESEAU.

Le siège du réseau se situe auprès de :

Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise
Direction Générale
197, rue du Général Leclerc
BP 4
59871 Saint-André-Lez-Lille cedex

ART.4 – LES PERSONNES LE COMPOSANT ET LEURS CHAMPS D'INTERVENTION RESPECTIFS

4.1. Membres fondateurs

4.1.1. Dispositifs de soins, d'accueil et d'hébergement d'urgence

- Coordination mobile d'accueil et d'orientation (CMAO) ;
- Médecins Solidarité Lille (MSL) ;
- Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (A.B.E.J.)

4.1.2. Etablissements de santé

- Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) ;
- Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille (CHRU de Lille) ;
- Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL), qui

assure les missions de promoteur du réseau conformément aux articles R 162-59 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et aux articles D 766-1-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

4.1.3. Médecine libérale

- Union Régionale des Médecins exerçant à titre Libéral (URMEL).

4.1.4. Collectivité locale

- Ville de Lille.

La présente convention constitutive est signée par tous les membres fondateurs du réseau, qui signent également la charte d'adhésion et de fonctionnement.

4.2. Membres

4.2.1. Professionnels, institutions ou associations

Lors de la constitution du réseau, ont adhéré :

- Fondation Armée du Salut ;
- Société Saint Vincent de Paul (Accueil Frédéric OZANAM) ;

4.2.2. Les professionnels de santé libéraux, à titre individuel ou regroupés en association

4.3. Personnalités qualifiées :

Toutes personnes qui concourent par leur positionnement économique ou social aux actions en faveur des personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe.

ART. 5 – LES MODALITES DE PARTENARIATS, D'INTERVENTION, DE PARTICIPATION, D'ADHESION ET DE RADIATION

5.1. Partenaires

Les membres du réseau peuvent conclure des conventions de partenariat avec des institutions ou associations impliquées dans un travail pluridisciplinaire en lien avec les actions du réseau santé solidarité Lille métropole, par exemple :

- Des collectivités locales ;
- Des ordres professionnels dans le domaine de la santé ;
- Des universités, facultés de médecine, unités de recherche ;
- Des opérateurs privés ;
- Des organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- Des réseaux de santé et/ou de soins.

Ces projets de conventions sont proposés par le comité de pilotage à l'approbation de l'Assemblée Générale

Dans la mise en œuvre de leurs actions et dans l'élaboration de leurs objectifs, les membres du réseau santé solidarité Lille métropole analysent les dispositifs et organisations existants.

Dans la mesure du possible, ils rechercheront les synergies envisageables, notamment avec d'autres réseaux de santé, afin de ne pas démultiplier des actions similaires et permettre la plus grande efficacité des ressources en présence.

Au besoin, ils rechercheront les coordinations nécessaires pour inscrire leur démarche en complémentarité avec celles d'autres acteurs de santé (médico-sociaux, médicaux ou en santé mentale).

5.2. Modalités d'intervention et de participation

Le réseau santé solidarité Lille métropole adopte un mode de fonctionnement pluridisciplinaire grâce à l'implication des professionnels de santé, des établissements de santé, des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des associations.

Les membres du réseau s'engagent à un respect mutuel sans hiérarchie de statuts.

Chaque membre du réseau est responsable juridiquement de ses actes.

Le réseau est fédérateur. A ce titre, il veille au respect des règles du libre choix de la personne. Il se garde de toute concurrence avec les acteurs du réseau et respecte leurs principes et modes de fonctionnement propres.

L'entrée d'une personne dans le réseau nécessite l'intervention de l'un de ses membres. Elle est conditionnée par un besoin effectif de soins. La personne correspond au public ciblé et accepte la prise en charge par un membre du réseau.

La participation aux activités du réseau est une activité non lucrative. Cependant, les libéraux qui prennent part à une réunion de coordination voient cette activité rémunérée, qu'ils soient membres du réseau ou non, sur la base des conventions passées avec l'assurance maladie.

Les personnes participant au réseau s'engagent à mettre à la disposition de celui-ci les moyens nécessaires à la satisfaction de sa mission sanitaire et à s'engager dans l'une ou l'autre des activités. Une charte d'adhésion précise les engagements des différents partenaires

5.3. Modalités d'adhésion et de radiation ou de retrait

L'adhésion au réseau d'un professionnel ou d'une personne morale est volontaire, libre et gratuite, par candidature auprès du secrétaire du comité de pilotage.

Cette participation est formalisée par la signature de la charte d'adhésion et de fonctionnement.

Les professionnels participant à la coordination autour d'une personne en situation de précarité et/ou sans domicile fixe prise en charge dans le réseau ne sont pas tenus d'adhérer à celui-ci, ni à une des associations de professionnels y participant.

La radiation peut être prononcée pour motif grave par l'assemblée générale, sur rapport du comité de pilotage. Le membre concerné est préalablement entendu par au moins deux des membres du comité de pilotage.

Le retrait d'un membre s'effectue par lettre simple au secrétaire du comité de pilotage.

ART. 6 – LES MODALITES DE PARTICIPATION DES USAGERS

L'expression des usagers est souhaitée et peut être recueillie :

- par enquêtes ;
- à travers les représentations d'usagers présentes dans les différentes structures hospitalières ;
- par des usagers, membres de conseils de vie sociale des structures sociales et médico-sociales.

ART. 7 – LA STRUCTURE JURIDIQUE DU RESEAU

Le réseau santé solidarité Lille métropole est un réseau de santé au titre de l'article L 6321 -1 du Code de la Santé Publique.

ART. 8 – L'ORGANISATION DE LA COORDINATION ET DU PILOTAGE.

8.1 Comité de pilotage

Un comité de pilotage est chargé de veiller au respect des règles de fonctionnement et des engagements du réseau, dont il assure la coordination opérationnelle, dans le respect de la charte d'adhésion et de fonctionnement, de la réglementation en vigueur et des codes de déontologie professionnels.

Le comité de pilotage propose, dans le respect de la charte d'adhésion et de fonctionnement et du cahier des charges approuvé par l'ARH et l'URCAM, les modalités de répartition au sein du réseau des ressources allouées au réseau au titre des articles L. 162-43 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Le promoteur du réseau exécute les décisions du comité de pilotage et redistribue les ressources allouées conformément aux termes de la décision conjointe ARH – URCAM prévue à l'article L .162-44 du Code de la Sécurité Sociale.

Le Comité de pilotage se réunit au moins trimestriellement ; il définit l'ordre du jour de l'assemblée générale et fixe la date de sa séance ordinaire annuelle.

Ses décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Le comité de pilotage peut inviter toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif.

Le comité élit parmi ses membres un secrétaire, chargé notamment de préparer l'ordre du jour, d'animer les débats et de veiller à l'exécution des décisions.

Composition :

Le comité de pilotage est composé de onze membres.

- Un représentant du GHICL ;
- Un représentant du CHRU ;
- Deux représentants de l'EPSM de l'agglomération lilloise
(dont un représentant au titre de *DIOGENE*) ;
- Un représentant de la ville de Lille ;
- Un représentant de l'URMEL ;
- Un représentant de l'A.B.E.J. ;
- Un représentant de M.S.L. ;
- Un représentant de la C.M.A.O.

Ces neuf membres sont désignés nominativement par les instances de leurs structures pour deux ans. Le cas échéant, ces membres peuvent se faire représenter par un autre membre de leur structure.

- Deux représentants élus par l'assemblée générale parmi ses membres. L'assemblée générale souveraine dans ses décisions veillera à une représentation équilibrée des membres du réseau au sein de son comité de pilotage et notamment le secteur de l'hébergement social et la représentation des usagers.

Ces membres sont élus ou désignés pour deux ans.

Le coordinateur et les coordinateurs médicaux du réseau participent au comité de pilotage. Dans le cadre de leur fonction au sein du réseau, les coordinateurs ne participent pas aux votes du comité de pilotage.

8.2.- L'assemblée générale du réseau

Les membres de l'assemblée générale.

Chaque membre fondateur du réseau dispose de trois voix délibératives.

Les autres membres du comité de pilotage disposent chacun de deux voix délibératives.

Les membres disposent chacun d'une voix délibérative.

L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an.

Ses prérogatives sont les suivantes :

- d'approuver le rapport d'activité, le rapport financier ;
- d'approuver les conventions proposées par le comité de pilotage ;
- d'adopter les nouvelles candidatures d'adhésion au réseau-;
- de prononcer les éventuelles radiations,

L'assemblée générale est présidée par le secrétaire du Comité de Pilotage.

L'assemblée générale peut tenir une séance extraordinaire à la demande des 2/3 de ses membres.

ART. 9 – COORDINATION

Coordination médico-sociale autour du patient

- Recherche et ouverture des droits ;
- Recherche des antécédents médicaux et sociaux ;
- Approche adaptée à la problématique de santé rencontrée ;
- Accompagnement et orientation des patients au sein du système de santé et de l'offre de soins disponible ;
- Orientation et accompagnement des personnes en lit infirmier ou lit halte soins santé ;
- Réorientation vers la médecine de ville et coordination avec les partenaires libéraux ;
- Réunion de synthèse avec les partenaires concernés.

Coordination des lits infirmiers et lits halte soins santé

Voir article 9bis

Coordination générale du réseau

- Organisation et planification des parcours de soins ;
- Encadrement de stagiaires ;
- Participation des médecins coordinateurs aux réunions de direction des structures adhérentes au réseau en fonction des thématiques abordées et des demandes des équipes ;
- Prospective, promotion de nouveaux projets et contribution à leur mise en œuvre (aides techniques) ;
- Participation et/ou animations des instances et diverses réunions internes au réseau ;
- Intervention dans les écoles de santé et autres lieux de formation ;
- Développement de partenariats ;
- Conventions (écoles d'infirmières, médecins en formation, hôpitaux,...)

Observation – évaluation – analyse

- Evaluation et analyse de la réponse par rapport aux objectifs et préconisation d'axes d'amélioration des organisations et/ou dispositifs de soins et de prise en charge existants.

ART. 9BIS – COORDINATION DES DISPOSITIFS LITS INFIRMIERS ET LITS HALTE SOINS SANTE

La mission de coordination médicale et de régulation de ces dispositifs est assurée par MSL. Elle est financée dans le cadre de la réglementation relative au fonctionnement des réseaux de santé accordée par l'ARH et l'URCAM au réseau santé solidarité Lille métropole.

Cette coordination est assurée dans le respect de la réglementation en vigueur relative à ces dispositifs et en fonction des cahiers des charges et conventions signées par les structures y adhérant avec les services de l'Etat, de l'assurance maladie ou les collectivités locales.

Conditions de prise en charge

Les demandes d'admission dans ces dispositifs se font à partir d'une fiche type de demande d'admission. Ce document est largement diffusé dans le réseau.

Coordination avec les structures sanitaires de court séjour et de santé mentale

Les dispositifs de lits infirmiers et lits halte soins santé sont destinés à l'accueil temporaire des personnes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée.

Les membres du réseau passent entre eux des conventions pour organiser les sorties d'établissements sanitaires vers ces dispositifs ou les recours vers ces mêmes structures d'hospitalisation.

Ces modalités sont établies conformément au protocole type validé par le comité de pilotage du réseau.

D'autres structures, que les membres du réseau, peuvent s'inscrire dans cette démarche.

ART.10 – LES CONDITIONS D'ÉVALUATION DU RESEAU

En application du décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002, il est prévu une évaluation du réseau qui comporte différents niveaux et fréquences.

10.1. Descriptif du dispositif d'évaluation

- **Evaluation médico-sociale des personnes prises en charge par le réseau :**
L'évaluation médicale consiste en une synthèse de l'activité médico-psycho-sociale du réseau. Cette synthèse permet un suivi de l'état de santé et des traitements des personnes prises en charge.
Les indicateurs seront élaborés par le comité de pilotage qui construira un recueil statistique de données.
- **Evaluation organisationnelle**
L'évaluation organisationnelle s'appuie sur les indicateurs définis dans le cahier des charges du réseau, sur les travaux élaborés par la haute autorité de santé (HAS) et sur les tableaux de bord fournis par l'ARH et l'URCAM.

10.2. L'évaluation

L'objectif est de mettre en évidence l'amélioration de la prise en charge des personnes grâce au réseau et les économies générées par son existence.

Un second axe d'évaluation est de mettre en évidence l'amélioration des relations entre les professionnels libéraux, les acteurs du champ médico-social et les services hospitaliers.

Cette évaluation annuelle prendra la forme d'un rapport annuel livré aux financeurs au cours du premier semestre de chaque année.

ART.11 – LA DUREE DE LA CONVENTION ET SES MODALITES DE RENOUVELLEMENT

La convention est signée pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction jusqu'à la formalisation de sa structure juridique.

ART.12 – LES CONDITIONS DE DISSOLUTION DU RESEAU.

La dissolution est prononcée par l'assemblée générale à la majorité des 2/3 au motif de l'extinction ou de la réalisation de l'objet du réseau.