



RAPPORT D'ACTIVITE 2017



Réseau santé solidarité
Lille métropole

SUIVI DES RESEAUX DE SANTE
N° : 960310332

I-LE RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE	p. 4 à p. 8
I-1/ Identité du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole et principes fondateurs	p. 4
I-2/ La précarité, indicateurs contextuels	p. 5
I-3/ Les objectifs du Réseau	p. 7
II-FONCTIONNEMENT DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE	p. 9 à p. 15
II-1/ Composition et instances	p. 9
II-2/ Du médical au sanitaire, l'équipe de coordination	p. 10
II-3/ Le parcours du patient	p. 13
III-ACTIVITE 2017 DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE	p. 16 à p. 49
III-1/ Les résultats du réseau : les chiffres à retenir en 2017	p. 16
III-2/ Coordination de la prise en charge des patients sur le territoire du réseau	p. 17 à p. 29
III-2/ a. Les différents modes opératoires visant à favoriser l'accès aux soins	p. 17
III-2/ b. Une offre de soins de proximité et adaptée à la population : les centres de santé, portes d'entrée du RSSLM	p. 19
III-2/ b. i-Les patients des centres de santé	p. 20
III-2/ b. ii-Des consultations médicales adaptées	p. 21
III-2/ b-iii-Des soins infirmiers ajustés	p. 22
III-2/ b. iv-Des consultations bucco-dentaires à MSL	p. 22
III-2/ b-v-La mise en place immédiate de traitement	p. 22
III-2/ c. Des liens étroits avec les établissements hospitaliers	p. 23
III-2/ c. i-Les conventions d'accès aux plateaux techniques hospitaliers	p. 24
III-2/ c. ii-Les dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	p. 25
III-2/ c. iii-Une réactivité sur des problématiques spécifiques	p. 26
III-2/ d. Des démarches sociales menées en parallèle	p. 27
III-2/ d. i-Une offre sociale systématique et de proximité	p. 27
III-2/ d. ii-Le retour dans le droit commun	p. 28
III-2/ d. iii-Le travail de lien tissé avec les bénéficiaires des minima sociaux	p. 29
III-3/ Organiser la continuité des soins entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	p. 29 à p. 41
III-3/ a. Des dispositifs médico-sociaux spécifiques pour assurer la continuité des soins	p. 30
III-3/ a. i-Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sur la métropole lilloise	p. 30
III-3/ a. ii-Les lits d'accueil médicalisés	p. 34
III-3/ a. iii-L'optimisation des droits communs	p. 34
III-3/ b. L'outil phare du réseau : les intervisions	p. 35
III-3/ b. i-Les intervisions santé précarité adulte	p. 35
III-3/ b. ii-Les intervisions pédiatriques	p. 38
III-3/ c-Veiller aux contacts permanents entre les institutions et les associations	p. 40
III-3/ c. i-Des temps de sensibilisation au travail en réseau	p. 40
III-3/ c. ii-Un site internet pour mieux identifier notre champ d'intervention	p. 41
III-3/ c. iii-Le film	p. 42
III-3/ c. iv-La création d'une interface entre les membres fondateurs	p. 42
III-3/ c. v-Participer à l'élaboration et la diffusion d'outils	p. 43
III-4/ Développer une démarche commune d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement	p. 43 à p. 45

III-4/ a. L'interprétariat	p. 43
III-4/ b. La mise en place de sessions de formation	p. 44
III-4/ b. -i-les formations flash	p. 44
III-4/ b. ii-Le DU Santé précarité	p. 45
III-4/ c. Le rôle pédagogique du réseau	p. 46
III-4/ c. i-Le réseau comme lieu de stage	p. 46
III-4/ c. ii-Le réseau, rôle de formation et d'expertise sur les questions santé/précarité	p. 46
III-5/ Assurer une mission de veille sanitaire et sociale	p. 47 à p. 49
III-5/ a. Veille sur les problématiques rencontrées	p. 47
III-5/ b. Veille sur les dispositifs et offres partenariales	p. 48
III-5/ c. Collaborer à la rédaction de plans et schémas d'organisation sanitaire et sociale	p. 48
III-5/ d. Faciliter la mise en place d'expérimentations et de dispositifs innovants	p. 49
III- 6/ Tableau de bord de l'activité 2018	p. 50-51
III-7/ Perspectives 2018	p. 52
IV-CHAPITRE BUDGETAIRE : dépenses	p. 53-54
VI-RESULTATS DE L'EXERCICE	p. 55
ANNEXES	p. 56 à p.144
Annexe n°1 : Rapport d'activité 2017 du dispositif des Lits Halte Soins Santé de la métropole Lilloise	p. 57 à p.66
Annexe n°2 : Tableau de bord des interventions santé précarité – synthèse des situations	p. 67 à p.73
Annexe n°3 : Tableau de bord des interventions santé précarité – synthèse des participations des professionnels	p. 74-75
Annexe n°4 : Questionnaire sur l'intervention santé précarité auprès des professionnels du réseau	p. 76 à p. 82
Annexe n°5 : Tableau de bord des interventions pédiatriques	p. 83 à p. 88
Annexe n°6 : Tableau de bord des formations flash	p. 89 à p. 91
Annexe n°7 : Synthèse de l'activité des groupes de travail du réseau en 2017	p. 92 à p. 93
Annexe n°8 : Groupe de travail patient traceur « compte-rendu de réunion et outils »	p. 94 à p. 103
Annexe n°9 : Etat des dépenses au 31-12-2017	p. 104-105
Annexe n°10 : Convention de mise à disposition coordinateur médical ABEJ/RSSLM	p. 106 à p. 108
Annexe n°11 : Compte-rendu des comités de pilotage	p. 109 à p. 144

I – LE RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE

1/ Identité du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole et principes fondateurs

Nom du réseau : Réseau Santé Solidarité Lille Métropole

Numéro du réseau : 960310332

Organisme promoteur :

Nom : Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise

Statut : EPSM

Adresse : BP 60075
59871 Saint-André-Lez-Lille cedex

Représentant légal :

Nom : MAILLARD

Prénom : Jean-Marie

Tél. : 03.20.63.76.19

E-mail : direction@epsm-al.fr

Personne à contacter :

Nom : LEMAIRE

Prénom : Christelle

Tél. : 03.20.51.34.16 ou 06 18 71 43 25

E-mail : coordination@sante-solidarite.org

Zone géographique couverte à ce jour par le réseau : La Métropole Lilloise

Domaine d'intervention : L'accès aux soins et aux droits pour les plus démunis.

Objectif général poursuivi par le réseau :

Les documents constitutifs du réseau déterminent :

- **des principes de politique de santé** : favoriser l'accès aux soins et aux droits, assurer la continuité des soins, garantir et améliorer une prise en charge adaptée ainsi qu'un accompagnement global et cohérent au plan médico-psycho-social

- **des principes de solidarité** (de politique sociale et d'éthique) : **refuser que la précarité soit un facteur excluant de notre système de santé, délivrer des soins sans discrimination, placer la personne au cœur des préoccupations de santé.**

Ainsi, le Réseau se propose d'apporter une réponse aux situations complexes. Il a pour finalité de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes fréquentant une des structures du Réseau et d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des populations précaires afin qu'elles puissent être orientées, dans la mesure du possible, dans les dispositifs de droit commun.

Pour les professionnels, il permettra de consacrer du temps à la formation de ses acteurs et d'améliorer la qualité de travail.

2/ La précarité, indicateurs contextuels

En France, en 2015, **8,9 M de personnes sont touchées par la pauvreté**. Ainsi, ce sont 14,2% de la population française dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté monétaire¹ (1015 €). Y figurent plus de 2/3 des allocataires RSA et 42 % des bénéficiaires du minimum vieillesse.

Ce taux s'établit à 37,6 % pour la catégorie des demandeurs d'emplois et à 19,9 % pour les enfants de moins de 18 ans, en grande partie issus de ménages composés de personnes actives.²

En Europe, en 2014, ce sont **84 M de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté**, soit 16,9 % de la population européenne³.

La pauvreté ne peut s'appréhender uniquement en matière monétaire. Elle induit des restrictions importantes aux droits fondamentaux (privation d'éléments d'un bien-être matériel standard ou de difficultés dans la vie quotidienne : santé, logement, etc.). Aussi, **la pauvreté est-elle également mesurée en termes de conditions de vie. En 2015, elle s'élève à 11,1 % en France**. Elle varie selon les tranches d'âge pour atteindre 13,3 % pour les moins de 16 ans, et jusqu'à 15,1 % pour les 16-24 ans. En Europe, au sein de la zone Euro, le taux de pauvreté est mesuré à 15,5 %⁴

En région Hauts de France⁵ (Nord Pas de Calais et Picardie), la population est particulièrement pauvre. **En 2013, 18,1 % de la population vivent sous le seuil de pauvreté, soit 1 M de personnes**. Cette grande pauvreté touche de manière plus prononcée qu'au niveau national les familles monoparentales (38 %) et les ménages composés de 5 personnes ou plus (32%). La région compte 16,5 % de chômage en 2013. **Concernant le bassin de la Métropole Européenne de Lille, la pauvreté touche en particulier les familles monoparentales (42%), les familles avec enfants et les jeunes ménages**. Les inégalités y sont criantes 10 % des plus riches possèdent 3,7 fois plus que 10 % des plus démunis.

L'hébergement des personnes sans domicile :

En 2017, ce sont **4 M de personnes mal logées en France**.

Parmi elles, **896 000 personnes n'ont pas de logement personnel. Entre autres : 643 000 sont hébergées par un tiers, 143 000 sont sans domicile** (sans abri, abri de fortune, hôtels, hébergement collectif, CADA, hébergement associatif).⁶ Si le nombre de personnes sans domicile a doublé entre 2001 à 2012. La composition de ce public a également évolué : En 2012 :

- 1/5 ont moins de 26 ans
- Plus d'1/3 sont des femmes
- Plus d'1/2 sont étrangers

12,1 M de personnes sont en position de grande fragilité par rapport à leur situation de logement (précarité énergétique, impayés de loyers, surpeuplement du logement, etc).⁷

La situation des familles :

Selon le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), **en 2015, 3M d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté (soit 1 enfant sur 5)**⁸. A partir de leurs observations locales, les associations de lutte contre la pauvreté sont unanimes à alerter les pouvoirs publics sur l'augmentation des

¹ Le taux de pauvreté monétaire est déterminé selon les niveaux de vie de l'ensemble de la population. Le taux de pauvreté monétaire est défini par l'INSEE comme le niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian de la population.

² INSEE Première, n 1665 - 12/09/2017.

³ D'après l'enquête EU-SILC, Eurostat en 2012.

⁴ Site de l'INSEE, Les indicateurs de la richesse nationale 2004-2016. « Pauvreté en conditions de vie », paru le 5/12/2017.

⁵ INSEE, *Analyses Hauts de France*, n°45 – 22 mars 2017.

⁶ Fondation Abbé Pierre, *23ème rapport sur le mal logement*, 2018.

⁷ Fondation Abbé Pierre, *23ème rapport sur le mal logement*, 2018.

⁸ *Les cahiers du CNLE*, 2015 et *cahier de l'ONPES*, n°1, octobre 2017.

demandes d'aide sociale et de secours en urgence de la part de familles, notamment de familles monoparentales.

Le *baromètre du 115* de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) établit, en octobre 2017, que 63% des enfants (moins de 18 ans) concernés par une demande d'hébergement n'ont pas été hébergés. Lors de cette nuit scrutée par le baromètre de FAS, seuls 42 % des enfants de moins de 3 ans dormiront à l'abri.⁹

L'observatoire du Samu social de Paris lance en 2013 une étude sur la situation des enfants sans domicile (estimés à 30 000 en France en 2015 par l'UNICEF). L'étude révèle une prévalence importante des retards moteurs, de langages, cognitifs, affectifs ou relationnels chez plus de 80% des enfants de moins de 6 ans (étude ENFAMS). La grande pauvreté dans laquelle se trouve ces enfants impacte leur développement : déséquilibre alimentaire, manque d'hygiène, difficile accès aux soins, scolarisation ou assiduité en classe difficile, socialisation, etc.

Soins des populations précaires¹⁰ :

L'accès aux soins est favorisé par des dispositifs législatifs dédiés. La Couverture Maladie Universelle (CMU Socle), la Couverture Maladie Universelle, réformée en 2016 dans le cadre de la Protection Universelle Maladie (PUMA), l'AME sont autant de dispositifs visant l'accès aux soins des populations les plus précarisées.

En 2015, 2,5 M bénéficient de la CMU socle (+ 6,7%), 5,39M de la CMU-C (+3,5%) tandis que 1,35 M ont reçu l'aide à la complémentaire santé ACS (+12,6%)

Les personnes de nationalité étrangère peuvent recourir à l'Aide Médicale d'Etat (AME). En 2015, 316 000 Aides Médicales d'Etat ont été accordées à une population étrangère relativement jeune (41 % ont moins de 30 ans) et masculine (57%).

Des états de santé dégradés:

Environnement défavorable, conditions de vie dégradées, difficultés d'accès aux droits, manque de ressources financières, la santé des populations bénéficiaires est plus dégradée que la population générale.

Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C rencontrent-ils 2,4 fois plus de pathologies psychiatriques, 2,2 fois plus de diabète et 2,5 fois plus le VIH que les bénéficiaires du régime général.

Renoncement aux soins :

Face au coût des soins, de plus en plus de français y renoncent ou les retardent. Les soins dentaires et l'achat d'optiques sont les renoncements les plus courants. D'après l'enquête réalisée par l'IRDES en 2012 auprès de bénéficiaires de la CMU-C, 21% renoncent aux soins dentaires tandis que 41 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé se privent de soins bucco-dentaires.¹¹

A RETENIR :

En 2017, en France, ce sont :
8,9 M de personnes en situation de pauvreté
1/5 enfant touché par la grande pauvreté
4 M de personnes mal logées
143 000 sans domicile

2,5 M de bénéficiaires de la CMU Socle
5,39 M de bénéficiaires de la CMU-C

⁹ D'après une enquête flash réalisée pour la nuit du 4 à 5 septembre 2017, dans 40 départements (hors Paris).

¹⁰ *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale – édition 2016*, CNLE.

¹¹ Irdes, *Enquête santé et protection sociale (ESPS)*, 2012, n°556, juin 2014.

3/ Les objectifs du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole

Fondé en 2005, le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole organise la prise en charge médico-psycho-sociale des personnes en situation de précarité. Pour ce faire, 9 membres fondateurs se sont unis autour de valeurs communes :



En matière de santé :

- Favoriser l'accès aux soins et aux droits
- Assurer la continuité des soins
- Garantir et améliorer une prise en charge adaptée et un accompagnement global et cohérent

En matière de solidarité :

- Refuser que la précarité et l'exclusion soient un statut définitif
- Délivrer des soins sans discrimination
- Placer la personne au cœur des préoccupations de soins

Ainsi, 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...) qui résultent des conditions de vie, les pathologies psychiatriques, le suivi médical des femmes enceintes en situation d'urgence sociale...

Les bénéficiaires :

- **Les hommes « SDF »** : Un très grand nombre sont issus de la précarité (50% au moins). Ils viennent de milieux défavorisés et pour la plupart ont vécu des séparations, placements, maltraitements, deuils...ce qui induit de nombreux troubles de l'adaptation et des troubles anxio-dépressifs. 30% présentent des troubles psychiatriques ou de personnalité. Cet aspect est très important à connaître pour comprendre que ces personnes ont, en grande majorité, une vulnérabilité et une difficulté d'adaptation plus importante que le reste de la population : leur capacité d'adaptation et de compréhension des choses est donc souvent différente et leur utilisation des soins et du droit commun souvent perturbée.
- **Les jeunes** : Population d'autant plus précaire qu'elle n'a pas de revenus, d'autant plus touchée par les difficultés d'insertion, par le chômage et la pauvreté. Une partie importante vient de milieux socioprofessionnels très perturbés (abandon, placements, alcoolisme parental, recompositions familiales complexes...). Ils sont facilement rejetés à cause de leur image de « toxico » ou de « violents » qui les stigmatise.
- **Les travailleurs précaires dit travailleurs pauvres** : ces personnes qui fréquentent les foyers d'hébergement en occupant un emploi ou ceux qui dorment dans leur voiture, qui gagnent trop pour bénéficier de la CMU mais trop peu pour se doter d'une mutuelle. Ils ne pensent à leur santé que quand celle-ci leur fait défaut.
- **Les femmes** : Moins nombreuses mais avec une nette tendance à l'augmentation. Elles sont plus vulnérables et peut-être un peu mieux hébergées. La difficulté de vivre sa féminité à la rue est constatée. Elles sont par ailleurs des « proies » faciles et particulièrement exposées aux violences.

- **Les étrangers** : Ils viennent de régions dont ils ont dû fuir et souffrent souvent de réels traumatismes psychiques et/ou de séquelles de tortures. Ils viennent aussi tenter leur chance dans un pays qui garde une image d' « Eldorado ». Ils sont en général plus structurés et réactifs que les Français en matière d'accès aux droits.

- **Les familles d'Europe de l'est** : ressortissants de l'Union Européenne, les Roumains arrivent depuis 2007. A distinguer de la population des gens du voyage, ils souhaitent s'intégrer. En demande de soins, ils fréquentent les centres de santé. Ils viennent souvent accompagnés de deux ou trois personnes et notamment une personne qui parle le français. La barrière de la langue est encore très présente.
Depuis 2015, la Direction Tsiganes et Voyageurs de la Sauvegarde du Nord observe une stabilisation des arrivées. Si leurs chances d'insertion (accès aux hébergements, logements, emplois, scolarité) tendent à augmenter, cette population reste fortement stigmatisée et vit encore dans un grand dénuement.

- **Les enfants** : d'origine étrangère, ils vivent dans les bidonvilles de la Métropole. Les familles consultent plus fréquemment pour leurs enfants qui présentent plutôt des pathologies infectieuses. Cependant, les accidents domestiques sont nombreux, en particulier en hiver, en raison de l'usage de modes de chauffage défectueux dans les abris de fortune. Les brûlures sont fréquentes. Des accidents plus graves ont eu lieu occasionnant le décès d'enfants dans des incendies de terrain.
Il arrive également de voir des enfants d'origine étrangère avec des pathologies lourdes que les parents pensent voir guérir en France.

II – DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DU RSSLM

1/ Composition et instances

L'assemblée générale du RSSLM

Annuelle, l'assemblée générale du RSSLM organise la réunion de l'ensemble de ses membres afin de :

- adopter les objectifs annuels du RSSLM sur proposition du comité de pilotage
- approuver le rapport d'activité et le rapport financier
- approuver les conventions proposées par le comité de pilotage
- adopter les nouvelles candidatures au réseau et prononcer les éventuelles radiations
- décider de la constitution de tout groupe de travail, sous-commission ou comité technique destiné à garantir la réalisation des objectifs du RSSLM.

Les assemblées générales sont l'occasion de partager les problématiques émergentes, de présenter des actions novatrices et d'éprouver les principes et valeurs fédérateurs et constitutifs du réseau.

En juin 2017, l'assemblée générale s'est réunie au foyer du Centre culturel de l'EPSM de l'agglomération lilloise. La restitution du bilan d'activité 2016 a donné lieu à des échanges orientés en particulier sur la lourdeur des situations de santé des patients du réseau, en particulier celles accueillies sur les dispositifs LHSS et LAM (cancérologie, entre autres).

Membres Fondateurs				
1	Abej Solidarité	Site Ulysse Trélat, bâtiment Lewis Carroll, 76 rue de Lambersart – CS 20004	59872	Saint André Lez Lille
2	CMAO	Site de Lommelet – EPSM de l'agglomération lilloise, 1 rue de Lommelet, Bât B, 3 ^{ème} étage	59870	Saint André Lez Lille
3	CHRU de Lille	2, avenue Oscar LAMBRET	59037	LILLE cedex
4	E.P.S.M. de l'agglomération lilloise	193, rue du Général Leclerc - BP 4	59871	St ANDRE-LEZ-LILLE cedex
5	GHICL	Hôpital St Vincent de Paul - BP 387	59020	LILLE cedex
6	MSL	112, chemin des postes	59120	LOOS
7	DIOGENE	Site de Lommelet – EPSM de l'agglomération lilloise, 1 rue de Lommelet, Bât B, 3 ^{ème} étage	59870	Saint André Lez Lille
8	Ville de Lille	Hôtel de Ville - BP 667	59033	LILLE cedex
9	URPS ML Hauts de France	118 bis rue Royale	59000	LILLE
Membres				
10	Accueil Fraternel Roubaisien	36, rue Duc	59100	ROUBAIX
11	Société Saint Vincent de Paul	Accueil Frédéric Ozanam - 81, rue Delespaul	59000	LILLE
12	ANPAA	Les caryatides - 24, bd carnot	59000	LILLE
13	Association EOLE	44, rue du pont neuf	59800	LILLE
14	Capharnaüm	4, rue Mirabeau	59000	LILLE
15	E.P.S.M. Lille Métropole	rue du Général Leclerc - BP 10	59487	ARMENIERES cedex
16	Fondation Armée du Salut	48, rue de Valenciennes	59000	LILLE
18	Institut Pasteur de Lille	1, rue du Pr Calmette - BP 245	59019	LILLE cedex
19	France Horizon	Chemin de la Marotte	59118	WAMBRECHIES
20	Association MAGDALA	29, rue des Sarrazins	59000	LILLE

21	Conseil Général du Nord – DT de Lille	Immeuble Europe – 5, rue Louis Blanc	59000	LILLE
22	Direction Tsigane et Voyageur de la Sauvegarde du Nord	56, rue Saint Gabriel	59000	LILLE
23	Relai du soleil tourquennois	152, rue nationale	59200	TOURCOING
24	Foyer d'accueil médicalisé « la vie devant soi »	170/172 rue du grand but	59160	LOMME
25	Le centre de rééducation et de réadaptation « l'espoir »	25 Pavé Moulin	59260	HELLEMMES

Le comité de pilotage du RSSLM

Il est composé des neuf membres fondateurs du réseau : le CHRU de Lille, le GHICL, l'EPSM de l'Agglomération lilloise, la Ville de Lille, l'URPS ML Hauts de France, la CMAO, l'EMPP Diogène, MSL et ABEJ Solidarité.

Il est chargé de veiller au respect des règles de fonctionnement et des engagements du RSSLM 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 professionnelle. Il propose les modalités de répartition des ressources au sein du RSSLM

Il détermine les objectifs annuels du RSSLM qu'il soumet à son assemblée générale et en assure le suivi.

Le promoteur du RSSLM, l'EPSM de l'Agglomération lilloise, exécute les décisions du comité de pilotage.

En 2017, le comité de pilotage s'est réuni à 6 reprises¹² : les 27 janvier, 23 mars, 19 mai, 29 juin, 12 octobre et 22 décembre. Parmi les problématiques abordées lors de cette instance :

- **Evolution de la structuration et contractualisation du RSSLM** : CPOM, évolution budgétaire.
- **L'activité de biologie du CHRU Lille** pour les centres de santé de MSL et de l'ABEJ Solidarité.
- **Suivi de l'évolution du public** : Dans le contexte de la hausse du public migrant, les projets de consultation transculturelle, de développement des outils d'interprétariat sont débattus.
- **Les situations d'urgence sociale** : la situation de squatt de la friche de Saint Sauveur, les sollicitations sociales auprès des structures hospitalières faites par les familles sans hébergement.
- **Les parcours de santé des adhérents au réseau** :
 - o le manque de places à mobilité réduite sur les structures du réseau AHI.
 - o L'étude des typologies de parcours à l'appui de la méthodologie du patient traceur.
- **La concertation dans le cadre de l'élaboration du PRAPS par l'ARS Hauts de France**
- **Le suivi des outils du RSSLM** :
 - o Le questionnaire qualitatif sur l'intervision santé précarité.
 - o Le Dossier Social Partagé.
 - o La refonte du site internet.
- **L'anniversaire du dispositif Diogène en 2018.**
- **L'éthique** : avec le projet d'organiser, en 2018, une journée éthique sur le refus de soins en partenariat avec l'Espace de Réflexion Ethique Régional.
- **Nouvelles offres de soins sur le territoire** : veille sur les nouvelles actions (La Croix Rouge et l'Ordre de Malte).

2/ Du médical au sanitaire, l'équipe de coordination :

La coordination générale du réseau est assurée, au quotidien par la coordinatrice du RSSLM (1 ETP).

Selon les sujets sur lesquels elle est interpellée, elle s'appuie sur les coordinateurs médicaux présents dans les structures adhérentes au réseau et ponctuellement, sur d'autres acteurs du Réseau en mesure de répondre à

¹² Cf. Annexe n°11 – Compte-rendu des comités de pilotage

des thématiques spécifiques telles que l'articulation du médico-sociale, signalement, blocage de droits, questions éthiques...

La coordinatrice a la fonction **d'assurer une liaison constante entre les différents membres et œuvre à mettre à leur disposition toutes les informations nécessaires à la réalisation des objectifs du réseau**. Elle instruit, avec les coordinateurs médicaux, les dossiers relevant de ces objectifs.

En concertation avec le promoteur, elle prépare, organise les instances et assure le suivi administratif et financier du réseau. Enfin, elle concourt à la promotion du réseau.

Si elle ne participe pas directement, contrairement aux coordinateurs médicaux, à la prise en charge des usagers, elle s'assure néanmoins de l'application des décisions prises en interventions. Au besoin, elle peut représenter le Réseau lors de réunions de synthèse organisées par un des adhérents ou un autre acteur de santé impliqué dans une prise en charge. Plus de la moitié de ses actions sont transversales, un quart d'entre elles participe de la prise en charge des usagers. Le reste relevant de la gestion administrative et financière du réseau.

Elle communique enfin très largement à l'aide des supports de communication du Réseau (plaquette, outils, site internet...) sur le fonctionnement et les missions du Réseau auprès des différents partenaires.

Le régulateur médical du dispositif LHSS : le médecin régulateur du dispositif lits halte soins de santé est basé à l'association MSL. Impliquée dans le dispositif depuis sa création (élaboration des dossiers CROSM de demande d'autorisation de lits halte soins santé déposée par les structures adhérentes au RSSLM), **la régulatrice est chargée de réaliser les orientations vers les structures dotées de LHSS**. Elle préside les réunions d'animation de ce dispositif, réalise le rapport d'activité annuel du dispositif, participe aux rencontres régionales du dispositif. Elle participe également directement à la prise en charge médicale des usagers.

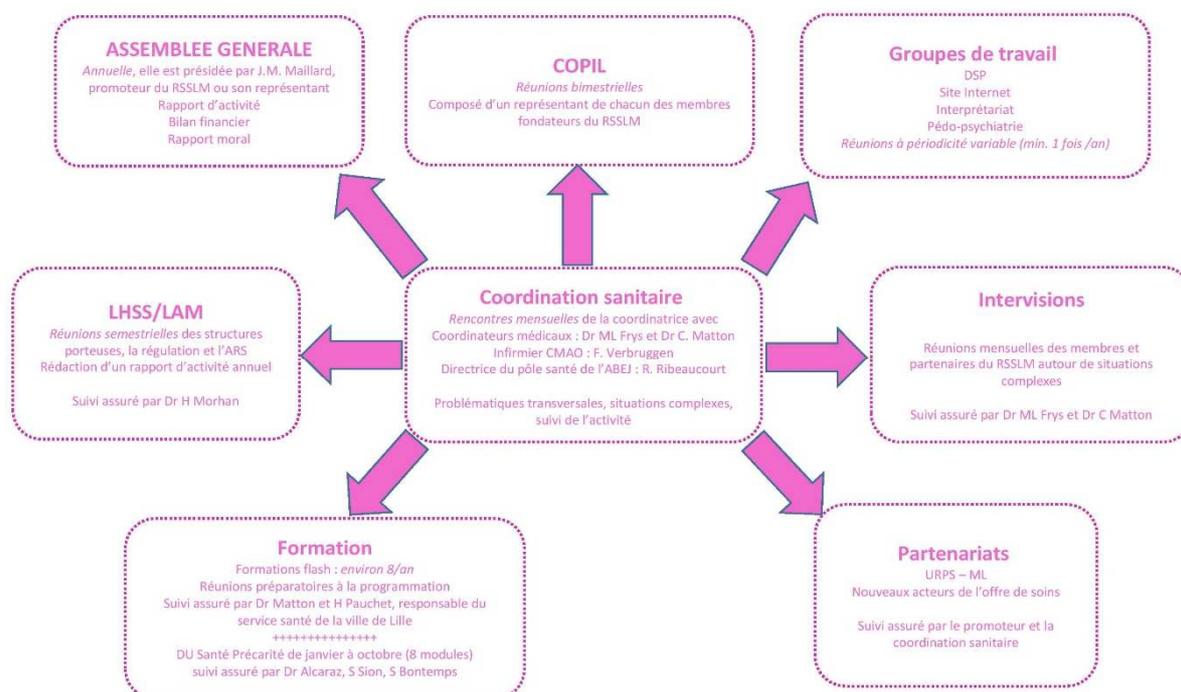
Poste	Nom	ETP	Missions	Remarques
Coordinatrice	LEMAIRE Christelle	1	Coordination administrative et financière, et animation du réseau	
Régulateur médical LHSS	MORHAN Hélène	0,5	Régulation du dispositif LHSS	
Coordination médicale	Christian MATTON	0,3	Coordination parcours patient, élaboration d'axes de travail,...	Subvention versée par le RSSLM auprès de l'ABEJ
Coordination médicale	Marie-Laure FRYS			

Initialement, la coordination du Réseau a été pensée sous un angle principalement administratif et financier. Avec le temps et face à l'évolution des actions du réseau, **l'action de la coordination s'est retrouvée placée au centre des prises en charges médico-psycho-sociales**.

Quotidiennement, les membres du Réseau échangent et travaillent ensemble. Ils se retournent vers l'organisation du Réseau lorsqu'ils ont épuisé les contacts et recours issus de leur champ habituel d'intervention.

La coordination est sollicitée par les membres du réseau ou ses partenaires lorsqu'ils sont confrontés à une problématique sociale ou médicale complexe face à laquelle ils ne savent pas comment orienter leur prise en charge. Il demande alors un regard extérieur à la situation, capable de mobiliser des compétences chez d'autres partenaires, pour faire évoluer la situation. La coordination, plus neutre qu'un acteur de santé impliqué dans une prise en charge, peut proposer des actions à mettre en œuvre avec un regard plus global sur les situations.

La coordination médicale est assurée par le Dr MATTON, médecin ABEJ et Dr FRYS, médecin MSL. Le fonctionnement est le suivant :



Depuis 2012, la coordination médicale s'est étoffée pour devenir une coordination sanitaire grâce à l'investissement mensuel de l'infirmier de la CMAO détaché du CHRU et de la Directrice du pôle Santé de l'ABEJ.

En 2017, les réunions mensuelles de coordination se poursuivent autour des suivis des situations complexes, des projets de formations flash, de **problématiques transversales** (par exemple la typologie des parcours (patient traceur)), de points de fonctionnement ou d'outils du réseau (liaison centres de santé et établissements hospitaliers ; intervention des équipes mobiles au sein des structures médico-sociales LHSS / LAM ; conventions), etc. C'est aussi l'occasion d'échanger sur les nouveaux dispositifs, services du territoire.

Des groupes de travail se constituent en fonction des problématiques relevées sur le terrain des prises en charge et partagées par plusieurs membres et partenaires, ou pour soutenir la création d'un nouvel axe de travail du réseau. En 2017, sept groupes de travail sont animés par le réseau : « site internet du RSSLM », « Dossier Social Partagé », « Ethique », « Pédopsychiatrie et précarité », « Interprétariat », « Patient traceur », « LHSS/LAM ».

Récapitulatif de l'activité des instances du RSSLM :

Nature de l'instance	Nombre de réunions
Assemblée Générale	1
Comité de pilotage	6
Groupes de travail	12
Groupe Technique spécifique	1
Intervisions	15
Réunion de coordination	40
Formations flash	6

3/ Le parcours du patient

Le Réseau santé solidarité Lille métropole s'adresse aux personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe ayant des difficultés de recours et de continuité de soins.

Le principal critère d'inclusion au sein du réseau est une problématique de santé qu'elle soit d'ordre somatique ou psychologique. Les principaux motifs aux consultations de médecine générale au sein des centres de santé sont : **la psychiatrie, l'addictologie, la dermatologie, la gynécologie-obstétrique, l'ORL.**

C'est à partir de cette problématique que **début le travail en Réseau pour organiser autour du patient la prise en charge médico-psycho-sociale la plus large possible**, autrement dit l'organisation d'une filière spécifique aux caractéristiques médico-sociales que présente le patient afin que sa santé, détériorée, ne l'enferme pas dans la spirale de l'exclusion.

La porte d'entrée principale : les centres de santé de l'ABEJ et de MSL :

Dans la majorité des cas, **les patients rencontrent un travailleur social avant la consultation médicale.** Si les droits de santé ne sont pas ouverts, le travailleur social s'assure des conditions administratives nécessaires à l'ouverture des droits sociaux de la personne (PUMA, CMU-C ou AME). Il s'intéresse également aux questions relatives aux revenus de la personne qui peuvent être en lien direct avec son état de santé (allocation adulte handicapé par exemple). **Si la personne remplit les conditions à une ouverture de droits alors, les démarches auprès des organismes de protection sociale ou d'Etat sont mises en place.** Au besoin, une autre équipe peut être sollicitée pour suivre l'évolution du dossier.

L'ordre de grandeur à retenir est les 2/3 des personnes prises en charge n'ont pas de droits ouverts auprès d'un organisme de protection sociale lorsqu'elles passent la porte d'un des deux centres de santé.

Quoiqu'il en soit, **le patient est ensuite examiné par un médecin de médecine générale** salarié ou bénévole. **Des soins infirmiers peuvent aussi être dispensés** au sein des centres de santé. Ils sont réalisés par du personnel salarié ou bénévole. Et **le patient bénéficiera de son traitement médicamenteux.**

Selon la réalité de l'état de santé du patient, plusieurs pistes sont possibles :

- **La médecine générale peut répondre à la détérioration constatée de l'état de santé** et les soins sont alors prodigués. Lorsqu'une prescription médicale pour des traitements pharmaceutiques est réalisée et que la personne a des droits sociaux ouverts, elle sera orientée vers une officine de pharmacie. **En l'absence totale de droits, elle bénéficiera des médicaments nécessaires** remis par le centre de santé (via PHI) ou sera orientée vers une officine qui présentera la facture au centre de santé prescripteur (si les médicaments ne sont pas disponibles auprès de PHI). Une consultation de contrôle peut être nécessaire, auquel cas, un rendez-vous est donné à la personne qui reverra alors le travailleur social pour faire le point dans le même temps sur sa situation avant de rencontrer à nouveau le médecin.
- **La médecine générale ne suffit pas et le diagnostic d'un spécialiste est nécessaire.** Si la personne a des droits ouverts, elle est orientée soit vers un professionnel libéral soit vers un plateau technique de consultations hospitalières. La facturation est ensuite adressée directement à l'assurance-maladie. **Si la personne n'a pas de droits ouverts** ou si elle est en attente de l'ouverture de ces droits suite aux démarches initiées par le travailleur social, alors, **elle est orientée dans le cadre des conventions passées entre les membres du réseau (centres de santé et établissements hospitaliers).** La personne bénéficie alors de consultations de spécialistes, d'actes de laboratoire ou d'imagerie médicale sans avoir de frais à sa charge. Autant que nécessaire, l'équipe sociale hospitalière est informée de l'orientation de la personne.

Un quart des consultations concernent des pathologies nécessitant une prise en charge à court terme. Ce qui signifie que **les ¾ des consultations nécessitent une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.**

La porte d'entrée n'est pas systématiquement celle des centres de santé. L'hôpital peut être amené, en première intention, à prodiguer les soins nécessaires au rétablissement de la santé de la personne dans le cadre d'une hospitalisation.

Cependant, du fait de sa situation sociale les équipes médicales peuvent craindre à une détérioration rapide de celle-ci, soit parce qu'elle n'a pas de logement, ou que celui-ci est insalubre pour permettre un traitement à domicile efficace, soit parce que la personne n'a pas de droits sociaux ouverts et qu'elle risque alors de négliger la réalité de son état de santé.

Les questions relatives à l'ouverture des droits sociaux de la personne restent les mêmes. Les démarches sont initiées par l'équipe sociale hospitalière lors de l'admission et poursuivies en cas d'orientation au sein du réseau, par une autre équipe.

Les contraintes de plus en plus lourdes qui pèsent sur notre système de santé, le manque de structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour permettre la construction et la réalisation des projets de vie des personnes rendent difficile l'orientation après des séjours hospitaliers de plus en plus courts.

L'orientation vers une structure médico-sociale est souvent recherchée dans le cadre du dispositif lits halte soins de santé. En cas de saturation du dispositif (LHSS), un hébergement d'urgence est recherché au sein de la coordination mobile d'accueil et d'orientation (CMAO) par l'intermédiaire du 115 et du SIAO.

Lorsque les dispositifs d'hébergement sont saturés, il n'est pas rare que les personnes restent à la rue. La CMAO met alors en place une veille sanitaire autour du patient et l'emmène dans la mesure du possible dans l'un des centres de santé.

Des équipes sociales, membres de structures d'hébergement adhérentes au Réseau, peuvent également le solliciter pour la prise en charge médicale d'usagers admis en CHRS, en appartement diffus ou maison relai. Ces équipes trouvent au sein du Réseau les conseils et les pistes d'orientation possibles qu'elles peuvent « travailler » avec l'utilisateur pour lui faire prendre conscience des enjeux de santé qui sont les siens et évoquer avec lui la nécessité de rencontrer une équipe médicale (notamment en cas d'addiction à l'alcool, de pathologie chronique ou de pathologie psychiatrique). Les équipes des centres de santé peuvent rencontrer la personne, d'autres équipes spécialisées peuvent directement intervenir au sein de la structure d'hébergement. Citons le dispositif Diogène et les intervenants précarité de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).

Enfin, les équipes en charge du suivi des bénéficiaires du RSA pour lesquelles le contrat d'insertion évoque une thématique santé, sollicitent un accompagnement vers un dispositif médical existant. Ces personnes nient souvent la réalité de leur état de santé dégradé et n'adhèrent pas à la démarche de soins.

La prise en charge au sein du Réseau se termine lorsque l'état de santé de la personne est rétabli ou dans le cas de pathologies chroniques, lorsque les acteurs se sont mobilisés pour assurer la continuité du suivi médical.

Pour présenter ici la réalité des prises en charge organisées au sein du réseau, il convient également d'évoquer la question des « inadéquats » aux structures hospitalières (de court séjour ou de psychiatrie) et aux structures sociales. Il s'agit ici des personnes relevant du handicap psychique, mental ou de troubles neurologiques qui perdent peu à peu toute autonomie et pour lesquels il n'existe aucune structure adaptée de prise en charge sur notre territoire.

Parce qu'elles se mettent en danger, ces personnes sont souvent admises dans les structures d'hébergement social. Leur état empêche tout travail social et tout espoir de réinsertion. La pathologie devient invalidante et leur présence questionne régulièrement les projets associatifs des structures d'hébergement. Nous évaluons à plus de 10 % le nombre de ses inadéquats dont l'accompagnement est chronophage pour des équipes éducatives dont la mission n'est pas centrée sur leur prise en charge. Seules les équipes médicales du réseau participent à leurs soins. Leur admission au sein de ces structures nous impose souvent de refuser la prise en charge de public mieux adapté pour lesquels nos actions médicales et sociales seraient plus efficaces.

Pour les acteurs mobilisés sur les situations décrites ci-dessus, le travail en réseau permet de faciliter leurs échanges mais surtout de mieux cerner les problématiques que soulève la prise en charge de personnes malades : **pour les uns, il s'agit de mieux comprendre la réalité d'une pathologie, et pour les autres, il s'agit de mieux comprendre la réalité sociale d'une personne.** Ainsi, ils procèdent à l'orientation la plus juste possible en fonction de la situation rencontrée.

Le projet du « patient traceur du Réseau »

En 2017, le RSSLM s'est engagé dans une démarche « patient traceur » du réseau. Accompagné par deux ingénieurs qualité (CHRU/EPSM AL), un groupe de travail s'est constitué et a défini des typologies de parcours à investir (3). Des grilles d'entretien ont été réalisées et adaptées au champ médico-social de l'intervention du Réseau.

Une première typologie de parcours a été investie en 2017. A la fin de l'année, après quelques sollicitations infructueuses, la coordination recherche l'adhésion d'autres patients.

III - ACTIVITE 2017 DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE

1/ Les résultats du réseau : les chiffres à retenir en 2017 :

Nombre de consultations médicales des centres de santé (MSL et ABEJ Solidarité)												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7145	6542	8024	8359	8117	7794	8476	9983	11969	11795	11321	11561	12705

+9%

Nombre de consultations dentaires à MSL + 26 %												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
810	764	859	872	881	379	100	0	993	1367	1285	1226	1955

+26%

Nombre d'actes infirmiers des centres de santé												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1913	1969	2062	2609	3045	3030	2779	3176	3 295	3 104	3298	6211	5827

-6%

Nombre de nouveaux patients des centres de santé												
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1990	2675	2681	2623	2630	3337	4037	1990	3661	3317	2409	2727	3164

+16%

Nombre d'entretiens sociaux MSL											
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2723	3601	3822	4013	3940	4111	5192	6403	6423	6059	6759	7704

+14%

Coût PHI pour les centres de santé	Coût Biologie pour le CHRU
69 667 € [stable]	93 207 € [+5%]

	Intervention santé précarité	Intervention pédiatrique
Nombre de situations complexes	21	26
Nombre moyen de participant	23	12
Nombre d'interventions	9	6

Régulation LHSS par le RSSLM	
Nombre de lits	37
Nombre d'admissions	137
File active	131
Durée médiane de séjour	88 jours

+32%

Formations flash	
Nombre de formation	6
Nombre de participants	315
Nombre moyen / session	52

+18 %

2/ Coordination de la prise en charge des patients sur le territoire du réseau

a. Les différents modes opératoires visant à favoriser l'accès aux soins

« Aller vers », « médiation sanitaire », la terminologie de l'action de l'accompagnement vers les soins pour les publics qui sont éloignés des systèmes de santé s'ancre peu à peu dans le paysage de l'action médico-sociale. Les deux principaux vecteurs de non accès aux soins étant :

- L'absence de protection sociale
- Le refus des soins ou le non recours

Comment parler de santé, de sa santé lorsque les préoccupations des individus se cristallisent autour des besoins fondamentaux primaires : se loger ou être hébergé, se nourrir, se protéger ? Refusée ou en refus, la personne est rarement en capacité de se mobiliser, de manière autonome, pour initier une démarche de soins.

Les ressources du territoire lillois s'organisent dans le cadre du RSSLM afin de s'articuler pour que « l'aller vers » puisse de manière concrète s'établir comme une première étape d'un parcours de santé.

Aller vers les soins : des modalités d'intervention variées pour favoriser l'accès aux soins

Des maraudes articulées à l'offre de soins :

Les personnes très éloignées de tout système, fortement désocialisées, sont rencontrées au plus près de leur environnement...dans la rue, les lieux de manche, squats, abris de fortune isolés ... La halte de Nuit, structure d'accueil de l'ABEJ, à l'appui d'une équipe de maraude, parvient à capter une partie de ces personnes de la grande marginalité, exclues, échappant aux structures d'hébergement ou d'accueil.

A partir des rencontres et du lien amorcé, les travailleurs sociaux (maraude et Halte de Nuit ABEJ), dès le repérage d'une problématique santé, intègrent l'objectif de l'accès aux soins dans l'accompagnement qu'ils ont initié.



Fauteuils de repos de la Halte de Nuit

La « halte de nuit », structure de l'ABEJ, ouverte en juin 2012, parvient à capter une partie de ces personnes en situation d'extrême exclusion en associant une maraude dédiée qui va à la rencontre des personnes exclues et les accompagne jusqu'à la halte.



Entrée de la Halte de Nuit

Un accueil bas seuil, avec peu de contraintes : une place nominative qui n'est pas à renégocier, alcool toléré, animaux acceptés, des casiers sécurisés permettant aux personnes de laisser leurs affaires...

Les modalités de l'articulation des maraudes (repérage et intervention à la rue) et des soins varient selon les membres porteurs de ces actions :

- Lien privilégié et fonctionnel entre le pôle accueil de l'ABEJ (en particulier maraude et Halte de Nuit) et son centre de santé : accompagnements physiques vers le centre de santé dont les horaires ont été adaptés ; proximité géographique des deux structures favorable. **En 2017, L'équipe des maraudes de l'ABEJ a orienté 18 personnes vers le Centre de santé et accompagné 25 patients.**
- **Un infirmier du CHRU de Lille, détaché à temps plein auprès de la CMAO, intervient à la rue sur signalement des équipes de rue ou en maraude du Samu social.** L'infirmier va directement à la rencontre des personnes en situation de grande exclusion. Il pose une première évaluation de l'état de santé du patient et procède aux orientations selon le degré d'urgence. Pendant la veille

saisonnaire, la CMAO reçoit un renfort. Un second infirmier rejoint l'équipe pour étoffer la présence infirmière sur les maraudes et auprès des structures portant le dispositif de veille saisonnière.

En 2017, les infirmiers de la CMAO ont effectué 246 suivis (188 hommes, 58 femmes et 48 enfants), Les entretiens infirmiers et les accompagnements vers les soins représentent 57% de leur activité. Plus d'un 1/3 des accompagnements sont réalisés vers les deux centres de santé du réseau. Les problématiques psychiatriques (29 %) et addictologiques (19%) demeurent les plus prégnantes. Viennent ensuite les problématiques de neurologie (8 %), puis dermatologiques (6%).

La fonction de l'infirmier de la CMAO concrétise l'approche médico-psycho-sociale de la prise en charge au sein du RSSLM : il est en relation directe avec services de soins hospitaliers, les centres médico-sociaux, les médecins ou infirmiers libéraux. Il repère les besoins de soins, organise l'amont et l'aval de ces derniers, fait figure de ressources auprès des travailleurs sociaux du champ de l'Accueil, Hébergement et Insertion (AHI). Il occupe une fonction de coordination du parcours de soins pour les personnes à la rue.

- **L'équipe mobile en santé mentale**

Précarité DIOGENE va au-devant des patients présentant une problématique de santé mentale à la rue ou dans les structures d'hébergement.

Son travail consiste, sur **signalement des équipes éducatives (89 en 2017)**, à tisser un lien avec la personne, évaluer son état de santé mentale et l'amener vers les soins dispensés par les services publics de santé mentale. En 2017, 23, 5 % des signalements donneront lieu à un suivi par l'EMPP Diogène.

Ainsi en 2017, l'équipe mobile DIOGENE a suivi 568 patients dont 350 hommes et 218 femmes. Plus de 20 % d'entre eux avaient moins de 24 ans alors que 10% étaient âgés de plus de 55 ans. Cette équipe composée d'infirmiers, de psychologues et d'un psychiatre a effectué 4227 actes (soins, interventions, entretiens, consultations, etc.).

Activité EMPP Diogène en 2017 :
Intervention auprès de personnes isolées (85 %)
1/3 de patients français, 57% de patients de ressortissants de pays hors UE (Guinée, Algérie, RDC, Cameroun, Maroc, Nigéria)
Hausse de 17 % des consultations médicales
37 Mineurs Non Accompagnés pris en charge

- Depuis 2010, **Médecins Solidarité Lille** va à la rencontre des populations en situation de grande précarité à bord **d'un bus médico-social**. Deux fois par semaine, le bus se rend sur des bidonvilles installés ou dits « spontanés » où vivent des personnes issues de la communauté Rom. Ils y rencontrent des personnes qui ne sortent jamais des camps (enfants avec problèmes et handicaps...). Ces consultations permettent d'évaluer la dégradation et la dangerosité des terrains.



Intervention du bus médico-social de MSL sur un bidonville

Cette intervention, avec l'aide de la Direction des Tsiganes et Voyageurs (Ex AREAS) et le soutien de la Mairie de Lille, permet d'œuvrer à l'ouverture des droits et à soigner les enfants Roms avec l'aide de «Pédiatres du Monde». **En 2017, 68 sorties du bus, 466 consultations de PDM et 463 consultations de MSL.**

Si cet « aller vers » se traduit selon des modalités d'intervention variées, reflétant les missions et fonctionnements de chacune des structures qui les portent, **les pratiques d'orientation à partir du terrain sont partagées :**

- si nécessaire, déclenchement des services d'urgence tels que le « 15 urgence vitale, Pompiers, SAMU » et accompagnement dans certains cas du patient aux Urgences du CHRU ou du GHICL
- hors situation d'urgence, orientation et/ou accompagnement du patient dans l'un des deux centres de santé ABEJ ou MSL.

Les membres du RSSLM ont également adopté d'autres stratégies afin de favoriser l'accès aux soins. A l'exemple de l'ABEJ qui a fait le choix d'un **rapprochement structurel étroit entre les lieux d'accueil de jours et l'offre de soins**. Ainsi, le centre de santé ABEJ est adossé à l'accueil de jour rue Solférino à Lille pour les plus de 25 ans¹³. La personne qui se rend à l'ABEJ « accueil de jour » n'est quasiment jamais en demande de soins. Elle vient chercher son courrier, se doucher, prendre un petit déjeuner...La plupart n'exprime aucune demande de soins, pourtant leur état de santé est, dans certains cas, particulièrement dégradé.

Il faut donc faire émerger la demande de soins. Les agents d'accueil, les éducateurs vont amener la personne à voir le médecin ou l'infirmière dès que nécessaire.

Concernant le plus jeune public (- de 25 ans), particulièrement touché par le non recours, le renoncement aux soins, l'ABEJ a développé une offre d'accueil spécifique (structure d'accueil dédiée : Le point de repère) qui intègre dans ses services l'offre de soins : consultations médicales, psychologiques et une présence infirmière.

Ainsi, ces différents modes opératoires favorisent l'accès aux soins et aux droits des personnes en grande précarité tout en contribuant à réduire un recours aux soins hospitaliers en Urgence déjà très élevé sur la Métropole-Flandre Lys.

- b. **Une offre de soins de proximité et adaptée à la population : les centres de santé, portes d'entrée dans le RSSLM**

Les centres de santé MSL et l'ABEJ Solidarité sont les « portes d'entrée » dans le réseau, les partenaires y orientent les personnes en situation de grande précarité (administrative, sociale), en défaut de protection sociale ou installées dans un principe de non recours aux soins.

Réunis par la volonté de permettre l'accès aux soins des plus démunis en évitant la mise en place d'une filière de soins parallèle, ils sont, en termes de prise en charge sanitaire et sociale, totalement complémentaires.

L'ABEJ-Solidarité, centre de santé, reçoit le public en situation de grande exclusion avec des droits ouverts pour une partie se caractérisant surtout par un non-recours aux soins tandis que **MSL, centre médico-social accueille un public sans droits ouverts, en demande de soins, à 94% d'origine étrangère.**

L'orientation vers les centres de santé, qui proposent une offre ajustée aux besoins et aux difficultés, complémentaires dans leur fonctionnement et leurs offres, **permet de prévenir les situations d'urgence et de favoriser l'initiation du parcours de santé à partir du centre de santé, donc de l'ambulatoire.**

L'activité du RSSLM a permis de construire un faisceau partenarial agissant sur :

- l'amont du parcours :
 - o Connaissance de l'offre par les partenaires de première ligne (établissements AHI, travailleurs de rue, référents RSA de la ville de Lille, médecins libéraux, etc.)

¹³ Il existe également l'ABEJ point de repère, CARRUD, centre de santé, accueil de jour pour les moins de 25 ans.

- Structuration d'une proximité avec les actions d'« aller vers » et d'accueil
- Collaboration avec les travailleurs sociaux en matière d'ouverture de droits
- Et sur l'aval dans une perspective de continuité et de coordination des soins:
 - Outils de liaison et accès conventionnés avec les plateaux techniques des services hospitaliers, les consultations spécialisées
 - Articulation avec des dispositifs permettant la continuité des soins (LHSS, LAM)
 - Travail de proximité avec les acteurs sociaux

Les centres de santé MSL et ABEJ constituent donc ainsi une offre de soins immédiate (diagnostic, mise en place et accès au traitement, accès aux soins spécialisés si besoin) et un accompagnement vers un retour ou un accès au droit commun quand c'est possible.

Placés au cœur du parcours de santé de la personne, les centres de santé assurent une mission de coordination des soins dans une prise en charge de la personne.

Dans ce sens, si la dégradation d'un état de santé, la tardiveté d'un recours peut amener un patient à franchir la porte des soins par la voie de l'urgence hospitalière ; les services hospitaliers, une fois l'urgence maîtrisée, réorienteront la personne vers les centres de santé, les désignant ainsi comme pivot de l'organisation des soins et du parcours.

Les médecins des centres de santé investissent la coordination médicale du RSSLM et à ce titre co-pilotent les interventions du RSSLM, outil de suivi et de gestion des situations complexes.

Aussi, l'offre de soins et de l'accompagnement, est-elle particulièrement ajustée aux difficultés de la population qui les fréquente. Cette adaptation est rendue possible par l'investissement d'une équipe médicale, para médicale, sociale et administrative salariée soutenue par un engagement très important de bénévoles.

En 2017, les centres de santé prolongent le développement et la diversification de leur offre (kinésithérapie, ostéopathie, etc.)

File active des centres de santé du RSSLM (MSL et ABEJ) : 5319 patients en 2017 +18 %

i. Les patients des centres de santé

La population consultant auprès des deux centres de santé est à dominante masculine (de 55 % à MSL à 87 % pour l'ABEJ) et assez jeune. A MSL, cette tendance s'est accentuée : plus de 65 % des personnes ont moins de 30 ans, tandis que 2/3 des personnes rencontrées par l'équipe du centre de santé de l'ABEJ ont moins de 40 ans. A noter qu'à l'ABEJ, l'accueil des patients mineurs a été multiplié par 6.

Parmi la patientèle des deux centres de santé, on constate une hausse sensible du public des Mineurs Non Accompagnés (MNA) qui représentent 44 % des patients mineurs à MSL (soit 13% de la patientèle de MSL).

Cela étant dit, on ne peut que constater également le vieillissement des personnes installées dans la grande exclusion. A l'ABEJ, ce ne sont pas moins de 108 personnes suivies qui ont plus de 60 ans, qui rencontrent ou rencontreront les difficultés de santé liées au vieillissement, aggravées par leurs conditions de vie et seront confrontées à des problématiques telles que la perte d'autonomie.

L'extrême précarité de l'hébergement est partagée par l'ensemble de la patientèle des deux structures. A MSL 84 % des personnes sont touchées par cette problématique, 32% des patients vivent à la rue ou dans des abris de fortune. A l'ABEJ, une grande partie des patients vivent à la rue (38% en 2017) ou sont hébergés dans le cadre de l'urgence (24%).

A la précarité de l'hébergement, se cumulent la précarité administrative, un nombre important et croissant d'étrangers soignés, qu'ils viennent d'Europe ou d'ailleurs, ne disposent, au démarrage de leur parcours de

santé, d'aucun papiers (46 % à MSL). De cette **précarité administrative découle une précarité économique**. Le bénéfice d'un emploi est marginal. On note, à MSL, que 71 % des patients vivent avec moins de 500 € mensuels alors que 15 % n'ont aucune ressource, bien loin du seuil de pauvreté économique établi à 1 015 €. **Le parcours de santé vient alors s'intriquer dans un parcours administratif, souvent tortueux et long dont l'issue n'est jamais certaine**. L'épuisement dans les dédales administratifs renforce la complexité des suivis car l'instabilité de la situation globale induit de la volatilité et la démobilisation sur les préoccupations de santé.

La barrière linguistique et culturelle est également une difficulté supplémentaire à l'accès et la continuité des soins. Elle est rencontrée par les équipes des centres de santé et plus largement par l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux sanitaires travaillant auprès des personnes précaires. **A MSL seuls 1/3 des patients est en mesure de parler, lire, écrire le français quand 27 % ne le comprennent ni le parlent**. Un frein supplémentaire à la compréhension des enjeux et de la nature de la pathologie par le patient, la bonne observance du traitement, à la compréhension et au repérage des ressources sanitaires, sociales. Dans ce contexte, l'autonomie est d'autant plus difficile à atteindre. Les professionnels du RSSLM ont développé des ressources afin de tenter de résoudre ce problème.

ii. Des consultations médicales adaptées

En 2017, les deux centres de santé ont effectué 12 705 consultations médicales.

Les pathologies rencontrées sont souvent caractérisées par un stade plus avancé ou compliqué en raison d'un recours tardif aux soins et de nombreuses ruptures dans le suivi. **Les pathologies psychiatriques et les addictions constituent pour la patientèle cumulée des deux centres de santé le premier motif de consultation.**

Les personnes viennent en consultation pour de multiples motifs.

A MSL, les patients consultent en premier lieu pour :

- des pathologies psychiatriques (13,2%)
- des pathologies respiratoires (10,8%)
- des pathologies gynécologiques et grossesses (10,1%).
- Les pathologies ostéo-articulaires (10%)
- Les pathologies dermatologiques (7%) dont les infections cutanées représentent 1/3 du motif de consultation

Les pathologies psychiatriques à MSL :

17% des patients concernés (3/4 : troubles anxio-dépressifs) lié aux événements de vie des patients.

Syndromes de stress post traumatiques très sévère (+ 34 %) concernent 130 patients dont 18,4% des MNA.

La proportion des pathologies chroniques s'est stabilisée : elles concernent environ 1/3 des consultations médicales.

A l'ABEJ, les patients consultent en premier lieu pour :

- l'addictologie 9,8%
- des actions de prévention et de dépistage à 8,7 %
- la psychiatrie 8,5%
- la dermatologie 8,5 %
- la rhumatologie 6,5%

Les personnes consultent lorsque le problème de santé devient handicapant. Ainsi, 40% des personnes ont mal aux dents sans les avoir soignées et un tiers des personnes qui en auraient besoin ne porte pas de lunettes. En revanche, une personne sur trois a été hospitalisée au moins une nuit au cours de l'année pour des causes dont les fréquences apparaissent assez spécifiques à cette population : troubles psychologiques (24%), accidents et agressions (15%), problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie (13%), tentative de suicide (3%).

La mortalité est différemment caractérisée selon les études, mais les causes identifiées de décès concernent principalement les maladies cardio-vasculaires, les accidents et les intoxications dues à des substances nocives.

Aux États-Unis, les homicides des personnes sans domicile sont relativement fréquents et peuvent représenter jusqu'à 12% des décès (CDC 1991). Au Canada ou en Europe, les suicides sont assez fréquents, en particulier chez les jeunes sans domicile (Roy et al.2004; Nilsson et al.2013). Enfin, dans certaines études, la cause de décès est inconnue pour plus de 20% des personnes sans domicile (Hibbs et al.1994; Nordentoft et andall-Holm 2003; Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness 2007)¹⁴.

On meurt en moyenne à 49 ans à la rue soit une mortalité 4 fois plus élevée que le reste de la population¹⁵. En 2016, le collectif des Morts de la Rue de Paris recense 585 morts en France (non exhaustif), 24% ont connu un parcours de rue de plus de 10 ans ¹⁶.

6 de ces décès concernaient des enfants de moins de 15 ans, 20 % concernaient des personnes de plus de 60 ans. 218 de ces personnes sont décédées sur la voie publique ou dans des abris de fortune.¹⁷

iii. Des soins infirmiers ajustés

Les centres de santé MSL et ABEJ offrent des soins infirmiers. En terme d'actes, on comptabilise les : prélèvements sanguins, injections, pansements, glycémies capillaires, bandelettes urinaires, ECG. Ces chiffres sous estiment l'activité car les actes ne sont pas systématiquement comptabilisés.

Au-delà des soins apportés, **ce sont bien les qualités d'écoute, d'accueil et d'orientations qui caractérisent l'activité de ces professionnels.** A titre d'exemple, l'infirmier **au centre de santé de l'ABEJ exerce une fonction de coordination** : il maintient le lien avec le réseau, assure la coordination de soins avec les différents partenaires et la liaison avec le service social ou éducatif. Il mène un travail d'éducation thérapeutique sur la prise des médicaments ou gestion de la maladie chronique, délivre des messages de prévention, des conseils d'hygiène. Enfin, il effectue un **important travail de mise en confiance** avant que les patients n'acceptent de montrer leur corps. Ainsi, à l'ABEJ, 32 % des actes de l'infirmier consistent à de l'écoute, de l'accompagnement.

En 2017, les infirmiers des centres de santé de l'ABEJ et de MSL ont réalisé 5827 actes.

iv. Des consultations bucco-dentaires à MSL

MSL est la seule structure de la Métropole à assurer des soins dentaires pour les personnes sans couverture sociale.

Depuis 4 ans, l'implication de chirurgiens-dentistes au sein de l'association, sous la forme de vacation bénévole ou salariée, a permis la consolidation de l'offre et son développement. En 2017, à l'appui de la stabilisation de ce renfort, l'offre de soins dentaires est passée de **0,8 ETP à 1 ETP**. Les délais d'attente pour un rendez-vous sont d'un mois et demi, un délai qui reste particulièrement important pour la population accueillie à MSL. Pour réduire l'absentéisme aux consultations, un système de rendez-vous est désormais instauré.

En 2017, ce sont 1 955 actes dentaires qui ont été réalisés auprès de 846 patients, une activité en hausse de 26 % par rapport à 2016. Environ 60% des actes sont des soins dentaires conservateurs avec traitement d'urgence (type dévitalisation avec prescription), les 40% restants se répartissent entre des extractions, consultations pour prothèses en cours et petits actes d'hygiène.

v. La mise en place du traitement

Depuis 2009, l'association Pharmacie Humanitaire Internationale (AHI), désignée par convention par la CNAMTS, porte un établissement pharmaceutique de distribution à vocation humanitaire, coordonne l'acheminement des médicaments auprès des associations à partir d'une liste définie par la CNAMTS, éventuellement abondée par les demandes des associations.

¹⁴ Le lettre de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, n°3 septembre 2013, CépiDc, INSERM.

¹⁵ Source Rapport janvier 2010« la santé des personnes sans chez soi » Pierre Chauvin, Dr Estecahandy, Dr Girard

¹⁶ Information provenant du site www.mortsdelarue.org (2014 : 497 personnes mortes à la rue)

Gérée par deux pharmaciens bénévoles, en collaboration avec les médecins salariés, la pharmacie de MSL est ainsi approvisionnée gratuitement en médicaments neufs par Pharmacie Humanitaire Internationale Nîmes. **En 2017, ce sont 54 719 € de médicaments qui ont été commandés auprès de PHI et 10 923 € achetés par MSL** auprès la pharmacie de quartier.

A l'ABEJ, si le patient n'a pas de droits ouverts, **l'ABEJ délivre gratuitement les médicaments grâce à son accès à PHI (14 948 €) ou par l'achat, sur les fonds de l'association, auprès d'une officine de ville**

En développant une offre de soins accessible et adaptée (proximité, gratuité, alliance médicale et sociale), les deux centres de santé répondent aux besoins des patients en situation de précarité.

Parmi cette patientèle, 3 164 sont de nouveaux patients

L'activité est saturée et les situations très lourdes.

Les centres de santé au sein du RSSLM, une plus-value pour les patients, les professionnels et les systèmes de santé :

L'offre de soins immédiate, gratuite et diversifiée dispensée par les centres de santé permet ainsi **une meilleure orientation** des publics pris en charge. Les centres de santé jouent pleinement leur rôle de « porte d'entrée » de notre système de santé dans le cadre du Réseau. **Orientées, rétablies dans leurs droits**, les personnes intègrent les dispositifs de droit commun de la protection sociale

A noter que chacun des centres de santé rend compte annuellement de son activité. Dans le cadre de ces rapports d'activité annuels, des données épidémiologiques et socio-démographiques sont produites afin d'apporter un éclairage sur les problématiques de santé spécifiques, et les difficultés de prises en charge.

c. Des liens étroits avec les établissements hospitaliers

Membres fondateurs du Réseau, **les établissements de santé : CHRU de Lille, le GHICL et l'EPSM AL contribuent à l'accès aux soins des plus démunis**. On retrouve les établissements de santé dans les situations d'urgence, **en convention avec les centres de santé** pour l'accès aux plateaux techniques et en lien avec le service social hospitalier qui va travailler en amont sur la mise à jour des droits et en aval sur les solutions de sortie.

i. Les conventions d'accès aux plateaux techniques hospitaliers

Ces conventions existent entre les deux centres de santé et les hôpitaux adhérant au Réseau. Elles facilitent et encadrent l'accès aux consultations de spécialistes, la réalisation d'actes de laboratoire et d'imagerie médicale.

Le GHICL (Hôpital Saint Vincent et Hôpital Saint-Philibert) nous communique le nombre d'admission ouverts dans le cadre de ces conventions ainsi que le coût des soins dispensés.

Admissions par le GHICL pour les patients orientés par MSL et l'ABEJ		
Année	Nombre de dossiers d'admissions	Coût GHICL
2004	254 (Abej : - ; MSL : 254)	13 602 €
2005	303 (Abej : 23 ; MSL : 280)	15 505 €
2008	399 (Abej : 63 ; MSL : 336)	20 720 €
2009	448 (Abej : 99 ; MSL : 349)	34 000 €
2010	431 (Abej : 89 ; MSL : 342)	24 439 €
2011	547 (Abej : 75 ; MSL : 472)	29 314 €
2012 :	829 (Abej : 151 ; MSL : 678)	38 232 €
2013	715 (Abej : 184 ; MSL : 531)	
2014 :	749 (Abej : 187 ; MSL : 562)	
2016	275 (ABEJ 95 ; MSL 180)	15 723 €
2017	323 (ABEJ : 104 ; MSL : 219) pour 593 personnes orientées	15 423 €

La majorité des orientations vers les deux établissements du GHICL concernent des consultations spécialisées tandis qu'un 1/3 constitue des demandes d'imagerie médicale.

La sollicitation de l'admission aux urgences est donc minoritaire (15% par exemple pour l'ABEJ).

+ 17% de personnes admises

Le CHRU de Lille : le centre de santé de MSL nous communique les orientations préconisées par son équipe médicale vers un des services du CHRU de Lille. Il s'agit d'orientations formalisées par un courrier médical et une fiche de prise en charge pour lesquelles nous ne savons pas si le patient s'est effectivement présenté au rendez-vous fixé pour lui.

Orientations MSL vers le CHRU de Lille	
Année	Nombre d'orientations
2005	170
2011	925
2012 :	1212
2013	508
2014	639
2015	543
2016	717
2017	777

+ 8%

L'équipe médicale des centres de santé recourt aux conventions lorsque l'état de santé de leur patient nécessite des examens complémentaires ou une expertise médicale plus fine et que ces derniers ne peuvent attendre l'ouverture des droits.

Si les soins, examens ou consultations peuvent attendre, l'orientation sera différée à l'ouverture des droits.

Les personnes orientées ne se rendent pas toujours aux rendez-vous hospitaliers organisés par les centres de santé. Manque de repères, méconnaissance de l'institution et du système de santé, mobilité et volatilité, barrière de la langue, difficultés de projection dans un contexte d'extrême précarité tendent à complexifier la réalisation de la trajectoire de soins. **Ainsi, seules 54,4 % des orientations préconisées par les centres de santé vers les établissements du GHICL aboutissent.**

Les personnes en manque d'autonomie ou de mobilisation sur leurs problématiques de santé nécessiteraient d'être accompagnées physiquement vers l'hôpital.

Le laboratoire de biologie du CHRU de Lille

Entre 1996 et 2010, MSL travaille avec l'Etablissement Français du Sang et Biolille (dans la limite de 3 500€) pour les actes de biologie. Fin 2010, en raison d'une fragilisation de ces partenariats, un travail de conventionnement avec le CHRU a lieu avec la perspective de prise en charge des actes de biologie par le service de biologie-pathologie du CHRU (déjà engagé auprès du centre de santé de l'ABEJ et d'autres associations).

Ainsi, depuis 2013, le CHRU de Lille supporte le coût de cette activité, dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG).

En 2017, constatant la hausse substantielle des actes de biologie, une rencontre entre le CHRU, MSL et l'ABEJ a lieu. **Un suivi trimestriel de l'activité de biologie est mis en place.** Les deux associations s'organisent pour « maîtriser » les demandes. Parmi les actions travaillées : améliorer l'orientation vers les centres de dépistage, augmenter les analyses pour les patients ayant des droits (ABEJ).

Coût des actes de Biologie pour le CHRU Lille					
Centres de santé ABEJ et MSL	2013	2014	2015	2016	2017
	35 173 €	66 415 €	68 560 €	88 369 €	93 207 €

ii. Les dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

Les hôpitaux généraux sont en première ligne de repérage des situations de précarité car les patients qui retardent le plus possible leur accès aux soins arrivent souvent aux Urgences.

La PASS du GHICL

En 2017, dans le cadre des missions de sa PASS, le GHICL a effectué l'ouverture de 586 dossiers.

Depuis 2006, le Réseau a intégré le comité de pilotage de la permanence d'accès aux soins de santé du GHICL. La présence régulière à ces réunions permet de mieux coordonner les équipes des centres de santé et des services hospitaliers. Au sein de cette instance, nous retrouvons des représentants de DIOGENE, la CMAO, l'ABEJ, MSL, la DTV (ex AREAS) et les équipes sanitaires et sociales du GHICL.

Les transversalités ciblées « précarité » du CHRU de Lille :

La transversalité précarité a pour finalité de mieux identifier, définir et quantifier les problèmes liés à toutes les formes de précarité, optimiser l'articulation entre l'hôpital et la ville et coordonner les modes internes d'accueil et de prise en charge.

Le CHRU a également développé la prise en charge en amont des personnes en situation de précarité **"PASS externalisée"** en mettant à disposition des moyens aux associations. **La CMAO dispose ainsi d'un infirmier à temps plein, MSL de deux médecins généralistes à temps partiel et assistants sociaux, d'un chirurgien-dentiste à temps partiel et DIOGENE d'un temps infirmier.**

L'importance de la filière socio-éducative de l'EPSM AL

Promoteur du Réseau, **l'EPSM AL est particulièrement investi dans la prise en charge des personnes en situation de précarité avec la forte implication de la filière socio-éducative.**

La problématique psychiatrique est très présente dans le Réseau. Le handicap psychique induit des situations de précarité dans le sens où le patient vit avec peu de moyens, rencontre des difficultés à s'intégrer professionnellement et socialement et tombe très vite dans l'exclusion. Par ailleurs, la précarité induit des souffrances psychiques. On voit des personnes à la rue qui perdent tous repères d'ordre social, culturel, économique... Ils entrent dans ce que Maisondieu appelle la spirale de l'auto-exclusion.

Dans ce contexte, l'articulation sanitaire, sociale et médico-sociale constitue une complémentarité fondamentale en amont et en aval de la prise en charge. Ainsi, il arrive aux partenaires de solliciter la filière

socio-éducative de l'EPSM pour amener une personne aux soins par le biais d'un entretien social mais c'est aussi, la filière socio-éducative qui intervient pour trouver les orientations de sortie des patients.

La difficulté d'accès aux soins en psychiatrie est une problématique régulièrement exprimée en intervention. Les travailleurs sociaux des collectivités sont parfois démunis en matière d'orientation d'une personne en souffrance psychique. Cette instance permet aux référents d'identifier les acteurs de ce champ et d'être informés des modalités d'orientation.

Depuis 2010, on note également la création des PASS psychiatriques par les deux EPSM. L'une intervenant sur le secteur de Roubaix et l'autre sur Armentières. Elles sont chargées de prendre en charge précocement les patients présentant une problématique santé mentale/précarité et s'articulent aux dispositifs existants.

[Le RSSLM participe aux comités de pilotage des PASS de la Métropole Lilloise telles que Roubaix et Tourcoing.](#)

iii. Une réactivité sur des problématiques spécifiques

Prise en charge des femmes enceintes :

Face à l'augmentation du nombre de familles à la rue sur notre territoire notamment les familles Roms, il est apparu nécessaire de travailler sur la prise en charge des parturientes puis des nouveau-nés retournant à la rue. Le constat d'une grossesse en cours amène à proposer la mise en route d'un suivi. Une fois celui-ci amorcé, la situation d'extrême dénuement économique et socio-éducatif, les complexités administratives, les expulsions et les pressions régulières des forces de l'ordre privent ces femmes d'un suivi de grossesse régulier.

En 2008, un groupe de travail (DTV, CMAO, MSL et le Conseil départemental) **construit un partenariat avec le Professeur Puech du CHRU de Lille pour l'accès à des consultations prénatales** (pour grossesse de + de 5 mois). Une fiche de liaison a été élaborée en partenariat avec Jeanne de Flandre, l'AREAS, MSL, l'ABEJ et la PMI.

Ce circuit de suivi prénatal est compromis au départ du Pr Puech. [Le GHICL se substitue à l'organisation précédente en organisant une plage de consultation hebdomadaire dédiée aux patientes de MSL.](#)

En 2017, ce sont **202 femmes qui ont consulté à MSL pour une grossesse** (contre 171 en 2016). 40 % d'entre elles bénéficient d'un hébergement chez un tiers –solution qui sera très probablement fragilisée à l'arrivée du nouveau-né.

- **pour les cas non urgents :**
 - o **56 femmes ont un terme de grossesse supérieur à 5 mois.** Celles-ci ont été ré-adressées vers les maternités : consultations prénatales dédiées à Saint Vincent (57) ou de Jeanne de Flandre.
 - o **146 femmes ont un terme de grossesse inférieur à 5 mois, celles-ci sont orientées vers la PMI (90)** avec l'incertitude et l'ignorance qu'un suivi débute réellement auprès de ce partenaire (difficultés de repérage, etc.) et le risque de voir la situation avancée, sans contrôle dans l'intervalle, se présenter à MSL.
- **Pour les cas urgents, soit pour 22 femmes :** les femmes sont réorientées vers les services des urgences des centres hospitaliers : St Vincent (4) ou Jeanne de Flandre (18)

Les femmes enceintes à MSL :

Age moyen : 29 ans (7% sont mineures)
25% dans l'extrême précarité (rue, abris)
35% des consultations gynécologiques

L'accès à l'offre de soins en santé mentale des enfants en situation de précarité

En juin 2014, l'accueil de jour du FARE repère une situation familiale vivant en voiture et fréquentant régulièrement l'accueil de jour. Il s'agit d'une famille qui a subi des violences dans le pays d'origine et s'est

exilée. Elle vit dans des conditions de précarité (aucune source de revenu, sans hébergement/logement en voiture, isolement avec la barrière de la langue, non accès aux services de droits communs...) qui ne favorisent pas la relation parents/enfants. L'équipe de l'accueil de jour sent les parents à bout et craint des violences physiques sur les enfants. La journée, les enfants sont livrés à eux-mêmes, les parents semblent dépassés mais refusent les solutions qui pourraient leur être proposées.

Une infirmière spécialisée en psychiatrie adulte de l'équipe mobile Diogène est mobilisée sur la situation. Rapidement, il lui semble important d'orienter prioritairement les enfants vers un service de pédopsychiatrie pour une évaluation. Un rendez-vous est obtenu dans le secteur privé mais se déroule difficilement en raison d'un manque de connaissance du professionnel des questions de précarité et de la barrière de la langue qui handicape l'entretien. A partir de cette difficile prise en charge, **Diogène s'est employé à mieux cerner l'offre de soins en pédopsychiatrie et à identifier des contacts pour améliorer l'évaluation et la prise en charge de ces situations.**

Un groupe de travail, piloté par Dr Patricia DO DANG, cheffe de pôle du I04 (secteur lillois) de l'EPSM AL se met en place ayant pour objectif de relever les besoins d'accès à l'offre de soins en santé mentale pour les familles en situation de précarité, de recenser les situations orientées vers le secteur de pédopsychiatrie et de **formaliser un protocole d'orientation et de liaison** avec celui-ci. Le pôle I04 de l'EPSM de l'agglomération lilloise collabore activement à ce projet. Fin 2015, cette expérimentation est présentée au conseil de fédération de pédopsychiatrie dans la perspective **d'élargir le partenariat actif à l'ensemble des secteurs de psychiatrie-infanto juvénile de l'EPSM AL.**

Depuis 2016, le groupe de travail, désormais enrichi de représentants des différents pôles de psychiatrie infanto juvénile de l'EPSM AL, se réunit 3 fois par an pour évoquer les situations, difficultés. Dans le cadre des échanges, deux axes prioritaires de travail ont été dégagés : l'interprétariat et l'accès à des formations spécifiques.

d. Des démarches sociales menées en parallèle

i. Une offre sociale systématique et de proximité

L'offre de soins immédiats pour ces personnes éloignées du système de santé s'accompagne nécessairement d'un accompagnement social afin d'**évaluer les droits potentiels et activer les démarches d'ouverture de ceux-ci.** L'intervention sociale s'opère différemment selon le fonctionnement respectif de chacun des centres. **Cependant l'objectif est le même : favoriser les recours et l'accès aux droits.**

A MSL, deux assistants socio-éducatifs détachés du CHRU de Lille assurent un 1,5 ETP. La mission de l'équipe sociale consiste à réinsérer les patients dans le système de santé de droit commun. Dans ce cadre, l'assistant(e) social(e) reçoit systématiquement toutes les personnes qui se présentent au centre pour la première fois et les revoit ensuite en fonction de l'accompagnement nécessaire à cette réinsertion. L'accueil social permet de repérer les obstacles aux soins afin de les lever dans la mesure du possible.

30 % des nouveaux patients français ne sont pas assurés alors que pour les nouveaux patients de nationalité étrangère, 83 % n'ont pas accès à une couverture sociale (en hausse de 8%). Globalement ce sont 91 % qui n'ont aucune complémentaire. **Pourtant 85 % des nouveaux patients ont néanmoins des droits potentiels d'accès aux soins.** A noter que pour une frange du public accueilli, souvent issu de la population Rom, le bénéfice d'un CMUC ou d'une AME ne garantit pas la sortie du système dédié à la précarité. **La barrière de la langue, la non compréhension du système, le non accueil par les médecins libéraux forcent le maintien dans la filière dédiée.**

Ainsi, **pour les personnes qui bénéficient d'une couverture sociale** et se rendent cependant à MSL, elles sont pour une bonne partie victime de ce qu'on appelle « effet seuil ». Il s'agit souvent de personnes surendettées, des couples au sein desquels seul un membre bénéficie d'un salaire minimum, de salariés à temps partiel, bénéficiaires de l'AAH, retraité avec une faible pension de retraite.

Pour d'autres, elles ignorent leurs droits ou encore ne sont pas en possession de leurs justificatifs de protection sociale. Il arrive également que les traitements nécessaires à certaines problématiques de santé corrélées à des conditions de vie précaires (poux de corps, gale, etc.) ne soient pas accessibles car non remboursés.

En ce qui concerne celles qui ne bénéficient pas de couverture sociale, on observe la plupart du temps qu'elles sont en attente d'ouverture de droits (16%) ou qu'elles ignorent leurs droits ou enfin qu'elles manquent de pièces justificatives (44 %).

La durée de suivi des patients est relativement brève. **En moyenne, l'accompagnement social se fait sur 2 à 3 entretiens.** Les patients à MSL consultent en moyenne trois fois avant l'ouverture effective des droits. La majorité des patients obtiennent une couverture sociale, c'est le cas par exemple des demandeurs d'asile qui obtiennent la CMU avec complémentaire en général dans un délai d'un mois ½.

En revanche, pour les personnes qui ne vont pas relever de la CMU avec complémentaire, le suivi est plus long, avec, pour chacun, des situations sociales complexes. C'est le cas **des personnes relevant de l'AME qui ne peuvent justifier de trois mois de résidence sur le territoire français et des personnes dont le revenu dépasse le seuil de la CMU complémentaire.** Se greffent de nombreuses difficultés d'ordre social autres que l'accès aux soins : principalement le problème de l'hébergement. Les obligations administratives et procédurales retardent l'ouverture de droits à l'AME et donc l'accès aux soins.

A noter que pour certains ressortissants, l'ouverture des droits en France dépend de démarches auprès du pays d'origine. C'est le cas des européens (Italiens, espagnols) ou des ressortissants de pays du Maghreb. L'attestation de la résiliation de leurs droits dans le pays d'origine est nécessaire avant de prétendre à une ouverture de droits en France.

Nombre d'entretiens sociaux réalisés par MSL											
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2723	3601	3822	4013	3940	4111	5192	6403	6423	6059	6759	7704

En 2017, les assistants sociaux ont réalisé 7704 entretiens pour formaliser 718 demandes d'ouverture de droits (demande d'AME : 69 %, en baisse de 40 % depuis 2016 s'expliquant par la hausse des pièces justificatives à produire). Les demandes de CMU-C sont en nette augmentation (46%).

De nouveaux profils de personnes, dans le cadre de la réforme de la protection sociale, sont confrontés à des **difficultés à d'accès aux droits de santé : étudiants, anciens jeunes accueillis par l'ASE, les personnes en procédure de régularisation administrative pour raisons médicales.**

A l'ABEJ, le service social prend en charge l'ensemble des personnes de l'ABEJ nécessitant un accompagnement social (hébergement en CHRS, accueil d'urgence, LHSS, centre de santé...). Il n'est par conséquent pas pertinent de comparer les données des deux centres de santé. A noter **qu'en 2017, ce sont 36 % des patients de plus de 25 ans du centre de santé ABEJ qui sont sans droits, quand ce chiffre atteint 47 % pour les moins de 25 ans.**

ii. Le retour dans le droit commun

Depuis la création du Réseau, l'URPS médecins libéraux a contribué à l'accès aux soins des plus démunis. Ainsi, les centres de santé travaillent avec un réseau de proximité constitué de médecins libéraux, pharmaciens, dentistes...**Dès la réouverture des droits, le patient est invité à se tourner vers les professionnels de droits communs sensibilisés à la précarité.**

Par ailleurs, en 2010-2011, l'URPS ML a permis la mise à disposition des attachés d'information afin de faire connaître l'existence du Réseau aux médecins libéraux de la Métropole Lilloise. Après réflexion, il nous a semblé

intéressant de communiquer auprès de la médecine libérale qui se trouve très fréquemment confrontée à des situations de précarité.

Ainsi, nous avons créé à l'occasion du passage des attachés d'information, une plaquette pour le médecin expliquant que si son patient présentait un défaut de couverture sociale, il pouvait l'adresser au Réseau Santé solidarité qui, de par ses structures médico-sociales, sera en mesure d'assurer la réouverture des droits et fournir les médicaments et soins nécessaires. Le Réseau de son côté s'engage à réadresser le patient à son médecin traitant une fois la situation régularisée.

En 2012, on constate que la médecine générale répond favorablement aux demandes de soins des patients relevant de l'AME/CMU ou CMUC. Par contre, des refus de soins sont clairement identifiés parmi les médecins spécialistes et notamment les dentistes.

Le 9 octobre 2012, par le biais d'un médecin de MSL, nous avons pu sensibiliser une trentaine de médecins généralistes remplaçants de l'Association NORAGIR.

iii. Le travail de lien tissé avec les bénéficiaires des minima sociaux

La Ville de Lille est l'un des membres fondateurs du Réseau et s'emploie depuis sa création à fédérer les partenaires. Les intervenants sociaux du CCAS sont ainsi en première ligne de repérage de situations de précarité et d'isolement. Ils orientent parfois ces situations vers le Réseau lorsque le patient est très éloigné du droit commun et devrait être orienté vers celui de la MDPH.

Dans ce contexte, [les intervenants sociaux du CCAS sont formés en nombre aux problématiques santé/précarité dans le cadre des actions de formation organisées par le RSSLM](#). Ils en retirent donc une bonne connaissance des dispositifs et modalités d'orientation vers les structures du RSSLM.

En conclusion, l'objectif du travail en Réseau est d'éviter la création d'une filière de soins parallèle. MSL mentionne toujours sa volonté de fermer après s'être assuré de l'accès aux soins pour tous sur notre territoire. Malheureusement, les situations sociales, administratives, les dysfonctionnements du système de soins, les refus de soins ne permettent pas aux personnes en situation de précarité d'intégrer les structures de droit commun.

Afin d'y tendre, MSL et l'ABEJ ont mis en place des réseaux de proximité avec le secteur libéral. Ils travaillent ainsi avec la pharmacie de proximité, les médecins libéraux susceptibles d'accueillir notre public, des spécialistes tels que chirurgien-dentiste, radiologue, biologistes....

Le Réseau s'appuie sur les maisons de santé pluridisciplinaires telles que la maison dispersée de santé de Moulins, la maison pluridisciplinaire à proximité du CHRU mais aussi le centre de santé en médecine polyvalente de Lille sud pour favoriser l'accès des patients aux structures de droit commun. Ce travail de proximité est formalisé par des conventions ou des accords de grés à grés entretenus régulièrement par le respect du fonctionnement de chacun et des rencontres ponctuelles avec ces professionnels sensibles à notre champ d'intervention.

3. Organiser la continuité des soins entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Les centres de santé sont susceptibles d'orienter les patients vers les services hospitaliers dans le cadre des conventions existantes. Les services hospitaliers vont également, dès lors qu'une situation séjournant dans leur établissement, repérée comme issue de la précarité ; adresser la personne à l'issue de son passage vers les centres de santé et leurs dispositifs médico-sociaux. Cette orientation est motivée par une nécessité de continuité des soins : besoin d'accès à des traitements, à un suivi post hospitalier, à des soins infirmiers (pansements, remise du traitement, etc.) ou encore à l'accès à des Lits Halte Soins Santé ou à des Lits d'Accueil Médicalisé dont le RSSLM régule le dispositif.

[La coopération pour l'accès et la continuité des soins s'organise autour d'une interdépendance entre les établissements hospitaliers et les centres médico-sociaux du Réseau dans un objectif de garantir une qualité et une sécurité des soins dispensés aux personnes démunies.](#)

a. Des dispositifs médico-sociaux spécifiques pour assurer la continuité des soins

i. Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sur la métropole lilloise

Il s'agit d'un dispositif créé pour « permettre aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient ; et dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées) ; et ceci pour une durée prévisionnelle inférieure à 2 mois » (extrait du cahier des charges concernant les LHSS).

Depuis 2006, le poste de régulateur RSSLM du dispositif est assuré par un médecin, le Docteur MORHAN, rattachée administrativement à l'EPSM AL et exerçant à MSL (0,5 ETP). Le poste est financé par le fond d'Intervention Régionale dans le cadre du financement du RSSLM. En pratique, la régulation se partage entre les 3 médecins salariés de MSL afin de couvrir l'ensemble de la semaine.

L'organisation de cette régulation s'est accompagnée de l'adhésion au réseau des cinq structures disposant de lits infirmiers : La Fondation Armée du Salut, l'ABEJ, l'Association Martine Bernard, l'Escale¹⁸ et l'Accueil Fraternel Roubaisien. Elles ont toutes accepté.

Un groupe technique spécifique (GTS) « lits infirmiers » est créé afin de faciliter la coordination des pratiques et la transposition du dispositif vers le nouveau dispositif « Lits Halte Soins Santé ». Il a vocation à développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe en donnant un statut juridique et financier aux structures hébergeant les LHSS.

Le GTS a œuvré à la rédaction de conventions imposées par la réglementation du dispositif. Ces conventions concernent : un cabinet de médecine générale, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie, un centre de soins infirmiers et des établissements sanitaires de court séjour ou de santé mentale. La question de l'évaluation des dispositifs s'est également posée et les structures rendent toutes un rapport d'activité annuel au référent en charge du dossier à l'ARS (Agence régionale de santé).

Depuis le développement du dispositif, un groupe de travail animé par le médecin régulateur LHSS, la coordinatrice du RSSLM se réunit de manière semestrielle afin d'échanger sur les pratiques. (en 2017 : retour sur l'activité LHSS 2016, la liaison avec le SIAO, la lourdeur des situations, etc.).

Restitution de l'activité LHSS en 2017¹⁹ :

L'indication d'accueil en LHSS est MEDICALE. L'admission de patients en LHSS se fait prioritairement pour des cas d'épisode infectieux aigu, de petite traumatologie, de lésions dermatologiques importantes, d'altération de l'état général nécessitant des soins et un bilan médical, pour toute pathologie aiguë. Les pathologies chroniques et les situations de handicap ne relevant pas des LHSS.

Depuis décembre 2016, l'activité des LHSS s'organise autour de 37 places. Le dispositif est déployé sur 5 sites à Lille et à Roubaix (correspondant à 4 entités associatives) :

Structure	Nb de LHSS	
ABEJ	14 LHSS Hommes ou Femmes	En 2017 : 137 admissions (contre 102 en 2016) 143 demandes non satisfaites (contre 127 en 2016) dont 50 refus File active de 131 patients (+ 32 %)
EOLE	6 LHSS femmes (CHRS Escale) 6 LHSS Hommes (CHRS Pont bleu)	
Accueil Fraternel Roubaisien (AFR)	6 LHSS Hommes	
Fondation Armée du Salut (FADS)	5 LHSS Hommes	
TOTAL RSSLM	37 LHSS	

¹⁸ L'association Martine Bernard et le foyer l'escalade fusionnent pour devenir l'association Eole qui maintient son inscription sur le dispositif.

¹⁹ Une lecture plus exhaustive de l'activité de la régulation des LHSS et du dispositif est proposée en annexe (Cf. Annexe n°1)

Depuis quelques années, le nombre d'admissions était en légère baisse. En 2017, on constate une hausse du nombre d'admissions (+ 34 %), rendue possible par l'ouverture de 4 lits supplémentaires. **Pour autant, le dispositif reste saturé en permanence**, la hausse permanente d'année en année du nombre de refus en témoigne.

En 2017, **la durée moyenne de séjour est de 120 jours (+10%). La durée médiane de séjour est de 88 jours** lorsqu'elle est à 62 jours au niveau national. Cet allongement de la durée moyenne de séjour s'explique par l'accueil de patients présentant des pathologies lourdes, de longue durée, pour lesquels la sortie ne peut parfois être envisagée qu'à la condition de trouver une solution de logement stable. Cette durée de séjour s'allonge et est toujours trop longue au vu des objectifs du LHSS.

Cependant le LHSS permet souvent de faire un bilan plus large par rapport à la pathologie (notamment pour les patients avec des pathologies chroniques mal suivies) ou permet d'aller au bout d'un traitement long (comme celui de la tuberculose).

Les patients sont orientés à 26 % par les centres de santé et 62 % par le milieu hospitalier. Le dispositif facilite la sortie d'hospitalisation et contribue au bon fonctionnement des hôpitaux dont les demandes sont en hausse cette année. En effet, les hôpitaux effectuent l'acte technique et privilégie dans la mesure du possible le « retour à domicile ». Dans le cas des personnes en situation de précarité, ils mobilisent le dispositif. Les autres patients sont orientés par le 115, le centre pénitentiaire ou les médecins libéraux.

En 2017, les motifs d'admission chez les hommes sont principalement des pathologies chroniques ou de longue durée (38%) en hausse par rapport à 2016 (28 %) mais 59 % des motifs d'admission restent des pathologies aiguës (infections, pathologies dermatologiques, traumatiques et post chirurgicales, altération de l'état général). 39% souffrent d'une dépendance associée (alcool, toxicomanie).

14% des patients LHSS présentent des troubles psychiques ou des troubles du comportement alors que ces derniers concernent 20 % du public féminin accueilli au LHSS.

Chez les femmes, le premier motif d'admission est la grossesse et la suite de couches (25 %), puis les pathologies chroniques (20%) et pour des soins post chirurgicaux (20 %). . 30 % des patientes souffrent d'une **dépendance associée**. La grossesse ne constitue plus le premier motif en raison de priorisation de l'équipe de régulation. Seules les grossesses pathologiques entrent en LHSS. Les femmes enceintes à la rue n'y entrent plus afin d'éviter d'embouteiller le dispositif. Ces femmes restent pour autant enceintes à la rue la nuit et dans les accueils de jour en journée.

Au niveau des droits, **18 % des patients ne sont pas assurés sociaux (25% en 2016)** tandis que 37 % sont couverts par la CMU de base et 35 % par le régime général. **59 % n'ont aucune complémentaire santé** et 30 % ont la CMU-C.

Enfin, **pour 46% (+ 4 %) les solutions de sortie sont stables** (CHRS, relogement, famille). Tandis que pour 15 %, c'est un retour en accueil d'urgence-115, 15 % des patients sont partis d'eux-mêmes avant la fin de leur séjour. Pour quelques patients, à la rue depuis longtemps, isolés, marginalisés, la vie en foyer (vie en collectivité) est difficile et même parfois non souhaitée

A noter que 5 des patients sont décédés pendant leur séjour en LHSS, suite à des pathologies lourdes.

Les refus :

- **Refus par manque de place :**

Le dispositif LHSS continue de s'améliorer mais il reste souvent saturé. **11 refus pour manque de places ont été enregistrés**. Le chiffre est toujours un peu sous-estimé car certaines demandes, refusées par téléphone, n'ont pas été confirmées par écrit et donc pas toujours comptabilisées. Le devenir de ces patients est difficile à connaître.

- **Refus pour pathologie hors cadre :**

39 refus pour indications hors cadre en raison de pathologies chroniques, de pathologies trop lourdes, relevant du handicap, pour des personnes ayant déjà un hébergement ou ayant une pathologie ne nécessitant pas de soin particulier.

Ce chiffre est sûrement lui aussi sous-estimé. Parmi ces pathologies, on retrouve :

- o Cancers avancés, personnes en soins palliatifs
- o Pathologies chroniques (diabète, Hépatite virale B ou C, VIH, cirrhose, polyhandicap)
- o Pathologies neuropsychiatriques majeures (Korsakoff, troubles psychiatriques sévères)
- o Pathologies traumatiques lourdes, patients très dépendants.
- o Début de grossesse

Lorsque ce type de demandes est réalisé par les assistantes sociales hospitalières, c'est en général lorsqu'elles n'ont aucune autre solution à proposer (convalescence refusée, pas de famille ou d'ami, pas de foyers adaptés). Cependant, très régulièrement, face à l'absence d'autres solutions d'accueil pour ces patients et s'il y a de la place, nous sommes amenés, dans la mesure du possible, à les prendre en charge. Ces demandes ne sont pas prioritaires face à une demande rentrant dans le cadre des LHSS.

Les difficultés de fonctionnement :

La difficulté de l'exercice est que, le dispositif étant souvent saturé, cela induit d'importants dysfonctionnements d'un bout à l'autre de la chaîne :

L'engorgement des LHSS ne nous a permis en 2017 de n'accepter que 50% des demandes.

- **Les LHSS ne peuvent pas souvent répondre à l'urgence,**
- **Les patients atteints de soins légers de courte durée n'accèdent pas ou peu aux LHSS,**
- **Les patients entrant, le sont souvent pour une durée supérieure à 2 mois,**
- **Le manque de places femmes** implique que les femmes entrants en LHSS présentent des situations sanitaires et sociales lourdes ; et de la même manière, leur durée de séjour est longue,
- Le manque de place induit des orientations par défaut (par exemple, les places « hôtel » de la CMAO qui vont accueillir des familles dont l'un des membres présente une lourde problématique sanitaire).

Le constat est donc le même que les années précédentes : **augmenter le nombre de lits est un incontournable, mais pas seulement.**

Les demandes en attente d'entrée en LHSS sont révélatrices des besoins en structures médico-sociales.

En aval, il est nécessaire **d'améliorer le nombre et les accès aux structures de droit commun :**

- **En centre maternel : afin d'accueillir les femmes en fin de grossesse, en grossesse pathologique, ou en suite de couches.** Saturées, les maisons maternelles priorisent leur accès aux femmes ayant des problèmes avec leur enfant. Pourtant toute femme à la rue avec un enfant de moins de 3 ans devrait y avoir accès.

En foyers, pensions de famille; mais aussi FAM, MAS, EPHAD ou service de soins de suite. De telles structures pourraient accueillir de façon prolongée avec une équipe adaptée (médico-sociale, voire une maîtresse de maison) des personnes ayant un handicap ou une pathologie chronique invalidante. Actuellement, les foyers classiques (type CHR) n'ont pas cette vocation. Pour certains patients, ce type d'accueil pourrait être définitif lorsqu'il n'est plus possible pour eux d'envisager une vie dans un logement seul, sans l'aide d'une tierce personne. Cela concernerait les malades psychiatriques ne relevant plus d'une hospitalisation, les patients fragilisés sur le plan cardio-respiratoire, les patients ayant une maladie dite de longue durée (cancer, dialyse) ou un handicap :

- **En accueil d'urgence**

- En FAM / MAS
- En EPHAD
- **En service de soins de suite** : Certains patients relevant d'un centre de convalescence ou de rééducation sont admis en LHSS en raison d'une absence de place. Malheureusement, il arrive que la convalescence soit refusée pour des patients sans couverture sociale. Ou encore, de nombreux établissements de convalescence refusent d'accueillir les personnes sans domicile, probablement pour des raisons budgétaires, leur séjour étant en moyenne plus long par absence de solution de sortie. **Or à la suite d'une hospitalisation, l'absence de domicile devrait être en lui-même un critère d'indication de convalescence en établissement spécialisé.**
- **En CHRS** : Les patients pour lesquels un projet d'hébergement se met en place voient leur séjour en LHSS être parfois prolongé pour faire la jonction avec un logement stable. **Un retour à la rue mettrait en péril ce qui a été reconstruit au niveau psychologique et social et pourrait être source de récurrence de l'altération de santé.** Les CHRS pourraient assurer ce service. Mais les listes d'attente sont de plusieurs mois.

Mais aussi des **structures innovantes** telles que :

- une **structure médicalisée pour accueillir un enfant atteint d'une pathologie lourde et sa famille**
- les patients vieillissants, trop jeunes pour entrer en maison de retraite, et pour autant en très mauvaise santé, et trop âgés pour rester à la rue ou en hébergement d'urgence fermé la journée,

Pathologies rencontrées nécessitant des soins prolongés ou un entourage médico-social particulier :

Pathologies de la grossesse, fin de grossesse, post-partum pathologique :

En cas de grossesse pathologique et en fin de grossesse, les centres d'accueil d'urgence ne sont pas adaptés (ouverts seulement la nuit). En 2017, 5 femmes ont été accueillies pour grossesse, les autres demandes n'ont pu être honorées. Le post-partum sans pathologie associée ne relève pas du LHSS ; cependant une femme avec son bébé ne peut se retrouver à la rue en sortie de maternité.

Pathologies neuropsychiatriques nécessitant un hébergement et / ou un logement adapté :

16% des patients LHSS présentaient une pathologie neuropsychiatrique, associée ou non à des conduites addictives (troubles mnésiques majeurs (Korsakoff, Alzheimer) ou troubles neuropsychiatriques : psychose - dépression sévère - Syndrome post-traumatique). 85% d'entre eux sont restés plus de 2 mois, leur état neurologique ou psychique ne pouvait laisser envisager une sortie sans solution de logement fixe. Les patients porteurs de troubles mnésiques avancés ou psychotiques sont en danger vital à la rue. Certains arrivent en LHSS dans un état d'épuisement et d'incurie.

Suites de traumatologie lourde :

9 patients ont été admis plus de 2 mois. L'admission en convalescence n'ayant pas été obtenue par absence de place, d'indication de rééducation, par refus de prise en charge des patients sdf ou sans couverture sociale.

Poly-pathologies, pathologies chroniques

29 patients ont été admis plus de 2 mois : pathologies cardio-respiratoires, tuberculose, diabète déséquilibré, néoplasie. Pour la majorité de ces patients, la sortie ne peut être envisagée qu'avec une solution d'hébergement.

5% des patients admis en LHSS le sont pour un cancer, certains entre les cures de chimiothérapie vivaient dans leur voiture ou en accueil d'urgence.

ii. Les Lits d'Accueil Médicalisés

En 2006, dès la création des LHSS, une étude autorisée par la CNIL a été réalisée afin de mieux connaître les publics accueillis et savoir si cette nouvelle structure répondait bien aux besoins de terrain.

Les premiers résultats de cette étude indiquent que les LHSS répondent à un besoin sanitaire et social et 35 à 40 % des lits sont occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques de pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...) que personne ne veut ou ne peut prendre en charge parce que trop jeune et/ou trop désocialisée pour les MAS, les FAM, EHPAD, CSSR...

Or, les LHSS ne sont ni prévus, ni équipés, ni financés pour prendre en charge un tel public : en principe la durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois pour des pathologies ponctuelles en relais à une hospitalisation.

Dans le cadre d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité menée conjointement par le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le Ministère de la santé, et des sports et le Ministère du logement, le SAMU Social de Paris, l'ABEJ et l'Association Foyer aubois de Saint-Julien-les-Villars (Aube) ont ainsi obtenu l'agrément d'ouverture de 45 lits d'accueil médicalisés (LAM) pour une durée de 3 ans.



Ces LAM visent à permettre aux personnes en situation de grande précarité, atteintes de pathologies chroniques de pronostic « plus ou moins sombre » de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés, dans la mesure où la pathologie ne relève pas d'une prise en charge au sein d'une structure de droit commun. Une équipe pluridisciplinaire médicale et sociale assure la prise en charge des patients. Le financement des lits est assuré par une dotation globale de 3 M€ pour l'exercice 2009, versée par l'assurance maladie à raison de 182,65 € par jour et par lit.

Ainsi, 15 lits d'accueil médicalisé (LAM) portés par l'ABEJ ont ouvert « aux glycines » sur le site d'Ulysse Trélat le 18 juin 2009. Début septembre 2009, 11 hommes et 3 femmes occupaient le dispositif, âgés entre 38 et 70 ans et atteints de maladies psychiatriques ne relevant plus d'une hospitalisation, d'une fragilité sur le plan cardio-respiratoire, nécessitant un traitement anti-infectieux de plusieurs mois avec risque vital en l'absence de traitement (ostéite), ayant une maladie dite de longue durée (cancer), avec handicap physique et du syndrome de Korsakoff (4). Fin 2013, l'évaluation du CREDOC a permis de mettre en évidence l'utilité de ce dispositif innovant qui obtient sa pérennisation et le passage de 15 à 20 LAM.

En décembre 2017, l'ARS Hauts de France autorise l'ouverture de 5 places supplémentaires portant à 25 lits la capacité de LAM de l'ABEJ.

En 2017, les LAM ont accueilli 36 personnes (33 hommes et 3 femmes). Logiquement, comme c'est prévu par le cahier des charges, **la moitié d'entre eux ayant séjourné auparavant sur un LHSS**. La moyenne d'âge est de 57 ans pour les hommes et de 53 ans pour les femmes. La neurologie (AVC, syndrome démentiel) et la cancérologie sont les premières causes d'admission en LAM. La durée moyenne de séjour est de 510 jours. En 2017, 7 personnes trouveront une porte de sortie : Maison relais, CHRS, FAM/MAS, ACT. A noter que cette année, 6 résidents sont malheureusement décédés.

iii. L'optimisation des droits communs

Ces dispositifs médico-sociaux restent des dispositifs passerelles. En amont, la cellule de régulation veille à ce que la demande de LHSS corresponde aux critères d'entrée sur le dispositif.

Au-delà des dispositifs médicalisés, un retour à la rue pour une personne ayant présenté ou présentant une problématique santé reste plus qu'« insatisfaisant ». Les structures disposant de LHSS vont passer des

conventions avec les FAM, MAS, Maisons de retraite... pour trouver une orientation de sortie adaptée au patient.

Par défaut, elles vont se tourner vers le Système intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO). Les modalités de demandes d'hébergement ont profondément été remaniées depuis plusieurs années. Sa mise en place étant aujourd'hui bien identifiée, le Réseau Santé Solidarité a sollicité la possibilité de faire une demande SIAO à la commission Urgence afin de faire valoir une demande d'hébergement pour un patient. Ces demandes restent exceptionnelles car elles font souvent déjà l'objet d'un suivi par les référents « personnes isolées, couples, familles ». La saturation du dispositif rend ces demandes d'hébergement « prioritaires » très compliquées. Il s'agit pour la commission de hiérarchiser l'urgence de l'urgence, la règle étant désormais l'ancienneté de la demande.

A ce jour, l'estimation des besoins d'hébergement est un véritable enjeu auquel l'Etat, La MEL, la Région, les communes... tentent de répondre.

Le travail de collaboration s'accroît par la participation aux commissions Urgence Famille du SIAO, aux GPH organisés par la Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation. Le réseau peut évoquer des situations complexes et les partenaires qui accueillent les personnes au sein de leur structure sollicitent le Réseau pour favoriser l'accès aux soins.

b. L'outil phare du réseau : les interventions

i. Les interventions santé précarité, public adulte²⁰

Au-delà de l'objectif évident du décloisonnement entre les logiques sanitaires, sociales et la médecine ambulatoire, les partenaires du réseau tissent des liens réguliers afin d'analyser les difficultés rencontrées dans leurs pratiques et d'en tirer les enseignements pour améliorer les prises en charges des publics de la grande exclusion et de la précarité. Pour renforcer ces échanges, des interventions santé précarité ont débuté en juin 2006.

L'intervention est un espace de parole, de concertation, de codécision et d'accompagnement par des professionnels pluridisciplinaires. Elle permet une prise en charge collective et évite les ruptures dans le suivi des personnes.

Ce lieu d'échange est l'occasion de travailler avec des acteurs comme les associations de tutelles, des partenaires associatifs spécialisés, hospitaliers non adhérents au réseau et des services sociaux de collectivités locales. Les professionnels en charge d'une situation difficile peuvent solliciter le « regard » et/ou la compétence d'un autre acteur sur la situation (tuteur, travailleur social, personnels éducatifs, structures d'hébergement ou équipe soignante).

Instance de « l'examen clinique » des situations les plus problématiques rencontrées, les interventions investissent une des missions initiales des COTECH. Et dès 2008, elles prennent un rythme régulier afin de répondre au besoin de prise en charge coordonnée exprimé par les équipes impliquées dans le fonctionnement du réseau.

Au-delà d'une cellule de concertation et de décision autour d'une situation individuelle, le dispositif revêt une dimension pédagogique, en tant qu'espace d'échanges de pratiques, d'apprentissage d'outils, de filières, de ressources. A ce titre, les cadres de santé, du social et du médico-social autorisent leurs équipes à y participer sur le temps de travail sans que celles-ci ne soient concernées par une situation mais à titre pédagogique. En 2010, il a été décidé d'ajouter sur le site internet une série de « cas cliniques » anonymisés avec les pistes d'orientation proposées par les partenaires.

Par ailleurs, pour répondre à la multiplicité des dispositifs, la densité du tissu associatif et le turn-over au sein des équipes, depuis le début 2010, un partenaire ou dispositif peut être invité, si l'ordre du jour le permet, à venir présenter son cadre légal, son fonctionnement et ses missions. Ainsi, les membres du Réseau l'identifient et sont en mesure de le mobiliser dans un cadre approprié.

L'intervention, comment ça marche ?

Désormais généralisées, elles sont organisées mensuellement. Un protocole d'utilisation, accessible sur le site internet du RSSLM, a été réalisé.

Les demandes de présentation d'une situation sont adressées à la coordinatrice qui vérifie la pertinence de la demande, recueille les informations auprès des partenaires identifiés et organise la présence des intervenants.

Chaque situation fait l'objet d'un échange (15 à 30 minutes) et réunit entre 5 et 8 partenaires. Ensemble, ils partagent les informations qu'ils possèdent et décident de l'orientation à préconiser pour le patient. En moyenne, une vingtaine de partenaires, concernés ou non par les dossiers présentés, dans le cadre de cette instance. En ce sens, il a été nécessaire de faire de l'anonymisation la règle de fonctionnement de l'intervention (la personne sera évoquée par son prénom ou ses initiales).

²⁰ Cf. Annexe n°2,3 et 4 – Tableau de bord des interventions santé précarité

L'intervention est animée par la coordination sanitaire du réseau (coordinatrice accompagnée des coordinateurs médicaux et sanitaires).

Chaque intervention fait l'objet d'un compte-rendu, support au suivi réalisé par la coordinatrice concernant les actions décidées collectivement, et l'évolution de la situation.

En 2017, parmi les participants, on retrouve :

Pour les membres fondateurs : EPSM AL (pôles de psychiatrie/CPAA/Equipe Hospitalière de Liaison de Soins en Addictologie, EMPP La Ravaude), l'EMPP Diogène, la CMAO (équipe mobile, SIAO), le GHICL (PASS), le CHRU de Lille, la ville de Lille (médiateurs de santé, assistant social CCAS, CLSM), MSL (coordinateur médical du Réseau, assistant de service social), l'ABEJ (SSIAD, LHSS, maraude, hébergement, pension de famille, IDE et coordinateur médical réseau (Centre de santé))

Pour les membres : La Sauvegarde du Nord (Direction Tsigane et Voyageur, CAARUD), Accueil Fraternel Ozanam, Accueil de jour et CHRS Eole, association MAGDALA, Centre l'Espoir, Le Cèdre bleu (Sleepin, CSAPA, équipe mobile parentalité), Centre l'espoir, CHRS de la FADS, l'ANPAA

Pour les partenaires : CCAS de communes limitrophes, CREHPSY, associations mandataires (AGSS UDAF, Ariane, ASAPN), médecin libéral, CH Victor Provo de Roubaix, MAIA Lille agglo, association Itinéraires (club de prévention, Entr'actes), Temps de Vie, SPIP, Association SOLFA (Ecoute Brunehaut), SPS, Médiation sanitaire Médecins du Monde, association Lazare, SAVS Ensemble autrement

En 2017, ce sont 9 interventions santé précarité au cours desquelles ont pu être abordées 21 situations individuelles.

- 211 professionnels ont participé à ces instances de co-décision, soit 23 personnes en moyenne par intervention. La fréquentation est ainsi en hausse de 11%.
- Le collègue participant est composé d'environ 40 % de travailleurs sociaux (ES, CESF, AS) et de 30 % de professionnels soignants (médecins, IDE, psychologue).

L'instance est majoritairement saisie par les travailleurs sociaux (71 %).

- Les travailleurs sociaux des structures d'hébergement d'urgence, d'accueil structure d'hébergement d'insertion (22%). Démunis par des problématiques de santé lourdes, la saisie de l'espace de concertation et de coopération de l'intervention exprime les limites de l'intervention d'une équipe éducative, sociale sur les questions de santé. L'intervention a pour vocation à outiller les travailleurs sociaux dans les démarches de réorientation vers des structures médico-sociales plus adaptées aux troubles de santé des hébergés.
- Les travailleurs sociaux des établissements hospitaliers, chargés de co-construire avec les partenaires, la continuité du parcours de soins sollicitent l'instance régulièrement. L'organisation de la sortie d'hospitalisation demeure une problématique importante pour des personnes qui n'ont pas de logement, en situation sociale très précaire. Le RSSLM régulant les dispositifs LHSS et LAM, la présentation d'une situation en intervention permet d'éclairer la demande d'admission sur le dispositif et d'organiser, le cas échéant, l'accueil sur les lits dédiés. En 2017, 38 % des porteurs de la demande d'intervention sont des professionnels des services sociaux des services hospitaliers ou de rééducation

En raison d'une saturation des structures médico-sociales, en l'absence de domicile et d'un entourage sur lequel s'appuyer, les LHSS et les LAM sont un recours très fréquemment abordés et ce, régulièrement dans une logique à « défaut de mieux ».

Ainsi, sur 21 situations, l'orientation LHSS et LAM est-elle évoquée à 5 reprises pour 5 admissions effectives. Pour certaines de ces situations, compte tenu du flux tendu du dispositif, l'effectivité de l'admission n'est pas toujours immédiate après l'intervention ; C'est la raison pour laquelle le

collège de participants travaille à l'élaboration d'actions alternatives ou transitoires, intégrant cette question du délai dans la proposition des séquences du parcours.

Les profils des situations en intervison :

Les hommes sont majoritaires (52%). Age moyen de 46 ans.

Origine : 65 % sont français, 25 % sont ressortissants d'un pays hors UE.

Conditions de vie : 57% vivent à la rue, 19% sont hébergés en CHRS

Les pathologies/problématiques santé :

57% souffrent d'une pathologie psychiatrique ou un trouble psychique (dépression, psychose, trouble de la personnalité, etc.)

38 % présentent une ou des addictions

→ 23% présentent, de manière associée, des troubles addictifs et psychiques

47% souffrent de troubles neuro-cognitifs

Les problématiques rencontrées sont rarement celles de l'accès aux droits de santé. La continuité des soins, leur articulation avec l'hébergement (réseau AHI), l'accès à une structure médico-sociale de droit commun et le refus du soin et de la relation d'aide sont les motifs les plus prégnants au sein de l'instance.

Les troubles psychiques, conduites addictives, troubles neurologiques et cognitifs sont les problématiques de santé les plus représentées (régulièrement associées). La situation est devenue problématique en raison d'un déni des troubles, d'un refus de recours aux soins – déni et refus souvent amenés et entretenus par ces pathologies.

Dans ce contexte, l'accompagnement vers un parcours de soins coordonné demeure difficile, et l'évitement de la rupture du parcours un objectif à part entière.

Les FAM, MAS, EHPAD (avec ou sans dérogation d'âge) sont peu accessibles, les délais d'attente sont longs. Ces difficultés rejoignent le constat réalisé par la cellule de régulation des LHSS. Trop peu de places disponibles en structures médico-sociales de droit commun.

A noter la récurrence des situations de repérage de troubles psychiques importants auprès de personnes à la rue ou en structure d'hébergement d'urgence. Les personnes, en déni de leurs troubles, refusent les évaluations ou orientations vers les soins proposés par l'EMPP Diogène. Les symptômes s'exprimant dans des structures collectives, le maintien sur l'hébergement est difficile en dépit du travail au quotidien des équipes socio-éducatives.

L'intervison, dans ce contexte, vise à bien informer les professionnels intervenant au quotidien auprès de la personne, les conseiller sur des postures à adopter, à produire une conduite à tenir en cas de mise en danger de la personne ou de l'entourage.

Force est de constater, que le partenariat avec l'EMPP Diogène et l'articulation avec les soins de santé mentale de l'EPSM sont des enjeux majeurs au regard de la prédominance des pathologies et troubles psychiatriques dont souffre la population en situation de grande précarité.

ii. Les intervisions pédiatriques²¹

Depuis fin 2010, suite au constat d'un défaut de prise en charge en sortie d'hospitalisation des enfants en situation de précarité, les partenaires ont proposé d'organiser des intervisions pédiatriques. Le Réseau, en raison de son expérience et ses capacités logistiques et fédératrices, a mis en œuvre ces intervisions pédiatriques.

Espace de paroles, de concertation et de co-décision de la continuité de la prise en charge, elles réunissent autour de situations complexes tous les partenaires concernés par la problématique. Elles sont pilotées par le **Dr Anne MATTHEWS**, pédiatre responsable précarité de Jeanne de Flandre. Y assistent de façon permanente : **la DTV, les services du Conseil départemental** (Représenté par un médecin de PMI – DT Lille Métropole), les

²¹ Cf. Annexe n°5 – Tableau de bord des intervisions pédiatriques

services pédiatriques et obstétriques de Jeanne de Flandre et St Vincent, MSL, Pédiatres du Monde. L'infirmier de la CMAO y est régulièrement présent. Y seront invités tous les partenaires qui pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge des enfants : médecins hospitaliers intervenant sur une prise en charge, travailleurs sociaux de l'accueil de jour famille d'Eole. Les équipes éducatives des structures d'hébergement participent plus rarement à cette instance dans la mesure où une grande partie des enfants évoqués n'est pas accueillie sur le réseau de l'hébergement. Depuis 2016, les assistants sociaux des services de pédopsychiatrie de l'EPSM AL y participent régulièrement.

En 2017, 6 interventions pédiatriques ont réuni les partenaires autour de 26 situations complexes. En moyenne, ce sont une douzaine de professionnels se mobilisant à chaque réunion.

Cet espace de concertation est identifié par les professionnels comme un temps de prise en charge collective, coordonnée et de réflexion au long court. Chaque situation est par ailleurs revue lors des interventions suivantes pour en mesurer les avancées.

En 2017, toutes les situations faisant l'objet d'une intervention pédiatrique concernent des enfants étrangers. La moyenne d'âge est de 6,5 ans (l'enfant le plus jeune étant âgé de 6 mois tandis que les plus âgés ont 15 ans).

Ces enfants connaissent des conditions de vie extrêmement précaires :

- 16% d'entre eux ne bénéficient d'aucune solution d'hébergement ou de mise à l'abri lorsque nous évoquons leur situation en intervention. Sollicitant le 115, le niveau d'ancienneté de leur demande conjugué à la saturation du dispositif, ne leur permet pas d'accéder d'emblée à une solution d'hébergement. Ces enfants et leur famille sont alors signalés auprès de la DDCS afin qu'elles puissent bénéficier d'une mise à l'abri dans le cadre de l'extrême urgence (hôtel) au motif de l'état de santé de l'enfant malade. Ce sont souvent les conditions administratives qui vont favoriser ou non l'accès à cette mise à l'abri.
- 44 % vivent dans les bidonvilles de la métropole et 12 % en squatt. Installées, en général depuis longtemps, sur les terrains, les familles n'accèdent pas (ou très peu) aux hébergements d'urgence (saturation du dispositif) et se découragent dans leur démarche auprès du 115. Les soins s'organisent donc à partir des lieux de vie, insalubres, dans le cadre d'une dynamique de survie de la communauté installée, avec tous les facteurs de vulnérabilités pouvant impacter sur la santé que cet environnement induit.
- 16% sont accueillis chez des compatriotes. L'accueil reste très précaire, les situations sont lourdes, ce qui compromet le prolongement de ces solutions - une hospitalisation pouvant se présenter comme l'occasion pour le tiers accueillant de mettre fin à cette solidarité.

➔ C'est ainsi presque 9 enfants sur 10 qui vivent dans des conditions de vie d'extrême précarité (88%)

- 12% bénéficient d'un accueil sur un dispositif d'hébergement d'urgence.

Leur provenance géographique est répartie de la façon suivante :

- 60 % des familles sont ressortissantes de l'Union Européenne.
- 40% de ces familles proviennent de pays hors UE. L'arrivée de ces dernières est, en général, relativement récente au moment où nous les évoquons pour la première fois dans le cadre de l'intervention pédiatrique.
 - Une partie d'entre elles est alors encore couverte par un visa touristique. Sans ressources ni protection sociale, avec peu de réseau social ou familial sur le territoire, venues pour solliciter les soins pour leur enfant; ces familles sont en grandes difficultés. Elles se dirigeront, le plus souvent, vers une demande de titre de séjour pour soins (pour les parents). L'ouverture des droits de santé reste difficile pour cette catégorie de famille qui doit, parfois, justifier de la rupture de couverture sociale dans leur pays d'origine.
 - L'autre partie se compose de familles en demande d'asile.

En 2017, on observe une prédominance des problématiques de handicap rencontrées. **2/3 présentent en effet un ou des handicaps (moteur, mental, retard de développement du langage, etc...).**

Pour une partie de ces enfants, les familles sont venues chercher des soins en France, et au-delà des soins, un accompagnement du handicap et des structures médico-sociales adaptées moins accessibles dans leur pays d'origine (et notamment du fait de leur coût).

Le partage d'informations autour de ces situations se révèle particulièrement important. Il s'agit de bien informer les familles sur la réalité des soins, sur les possibilités de rétablissement ou non. Le parcours qui les attend (en vue de l'accès à des solutions d'hébergement, de l'accès aux droits, de l'accès à une régularité du séjour, de la reconnaissance du handicap...) les conduirait-il bien à une amélioration de l'état de santé de leur enfant ?

Les pathologies lourdes (urologique, hématologique) sont moins représentées, les soins en relevant restent avant tout hospitaliers et nécessitent moins de coordination.

Les conditions de vie impactent directement l'organisation des soins. Expulsions régulières, allers-retours vers le pays d'origine, recours à la domiciliation, l'instabilité sociale tendent à rendre l'organisation de la continuité des soins complexe.

Ainsi l'intervision pédiatrique vise à clarifier les parcours et à les penser sur deux niveaux : la conception d'un projet de soins et l'organisation concrète de ceux-ci en abordant notamment l'organisation des accompagnements physiques vers les consultations spécialisées, hospitalisations de jour...

Les soins post hospitaliers qui, pour une situation sociale normée, seraient décrits comme « basiques » (administration d'antibiotiques, renouvellement de pansements, surveillance) s'avèrent complexes pour les situations abordées, **nécessitant d'élaborer des organisations inventives, mutualisées pour les dispenser en ambulatoire**. Le maintien en hospitalisation peut-être une solution alternative lorsque l'évaluation médico-sociale, éclairée par le regard croisé des partenaires, pensent les soins ambulatoires irréalisables au vu du contexte de vie.

La médiation sanitaire portée par le dispositif Direction Tsigane et Voyageurs (médiatrice sanitaire, médiatrices de santé) favorisent la liaison entre les familles, les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. Cet « aller vers » est également déployé par Pédiatres du Monde et MSL par le passage du bus médico-social sur les terrains où l'accès aux droits de santé n'est pas encore assuré.

L'espace de coordination de l'intervision pédiatrique est le lieu de l'échange et de la transmission d'éléments par Pédiatres du Monde auprès des services hospitaliers pour les enfants qui requièrent une évaluation et des soins spécialisés pour des pathologies repérées aux permanences de MSL ou dans le cadre du bus.

La préoccupation de la protection de l'enfance demeure un fil rouge de la coordination de la prise en charge de ces situations et des pratiques au sein de l'intervision pédiatrique.

Ainsi en mars 2017, une réunion est-elle spécifiquement consacrée à cette question. Les ressources des services du département permettent de partager le circuit de l'information préoccupante, de questionner l'adaptation des réponses en matière de protection de l'enfant pour un public vivant dans une très grande précarité. A l'issue de cette rencontre, le collège de participants sollicitent l'organisation d'une rencontre croisée avec les référents de l'ASE et le parquet des mineurs. Le RSSLM portera ce projet de rencontre.

c. Veiller aux liens contacts entre les associations et les institutions

i. Des temps de sensibilisation au travail en réseau

Le Réseau poursuit son travail de partenariat avec ses membres fondateurs, ses adhérents et différentes institutions, associations partenaires. Les interventions, les formations flash favorisent l'articulation des différents champs.

Au-delà, la coordinatrice du RSSLM intervient auprès des partenaires pour présenter les missions et le fonctionnement du réseau, envisager les interactions possibles. En 2017, ont été rencontrés :

- l'EMPP La Ravaude
- le dispositif d'habitat partagé GAPAS
- L'association GRDR (soutien pour l'insertion des femmes migrantes)
- Les professionnels de l'UTPAS de Lille Moulins (Conseil départemental)
- Les différents représentants des URPS Hauts de France avec le soutien de l'URPS ML
- Le Centre de soins Infirmiers de Lille Sud
- Le collège de psychologue de l'EPSM AL
- Les partenaires de l'arrondissement lillois du Réseau de Santé Mentale Précarité
- Les bénévoles de l'Accueil Frédéric Ozanam
- Le collectif Rroms
- Les membres de la commission santé du quartier Saint Maurice à Lille
- Le CADA de Lille, groupe SOS
- Les partenaires du milieu pénitentiaire (Rencontres Insertion)

Au-delà, ces temps de sensibilisations sont assurés par une participation active de la coordinatrice du Réseau à l'ensemble des réunions partenariales.

ii. Le site internet du RSSLM

Le site internet du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (www.sante-solidarite.org) soutient la poursuite de deux objectifs :

- externe : présenter le réseau, mettre en ligne les résultats de nos travaux et les activités du Réseau (comptes rendus, cahier des charges, rapports d'activité, ...).
Vitrine du RSSLM, il restitue la pluralité des partenariats, il est une première source d'information autour des pratiques et de l'organisation en réseau, notamment pour des professionnels, institutions d'autres territoires intéressés par l'expérience lilloise.
- interne : permettre aux membres du réseau de trouver en ligne les documents de travail précédemment évoqués :
 - o le planning des réunions organisées par le réseau
 - o le document d'information des usagers et des professionnels (charte)
 - o les fiches de liaisons entre les membres du réseau (hôpitaux, centres de santé, foyers d'hébergements et médecins généralistes)
 - o la fiche de demande d'admission dans le dispositif des lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisé
 - o le guide ressource « orienter vers les secteurs lillois de psychiatrie adulte »
 - o l'annuaire des membres du réseau.

L'idée est de mettre en ligne des informations actualisées par la coordination du réseau et accessibles par tous les membres et les usagers. On observe une montée en charge du taux de fréquentation du portail informatique.

Toutefois, la technologie employée pour le site internet a vieilli. Elle limite techniquement l'actualisation de certaines données. Le RSSLM aspire à davantage de fonctionnalités en lien avec les besoins exprimés des professionnels et du public. **Ainsi, en 2016, le comité de pilotage décide de refondre le site internet du RSSLM** avec les objectifs suivants :

- Intégrer une cartographie des ressources
- Développer l'accès à la documentation spécifique « santé/précarité » (rapports, articles, etc...) et diversifier la nature des documents mis en ligne (vidéographie par ex.)
- Se doter d'outils techniques pour faciliter l'inscription aux événements, réunions organisés par le RSSLM – newsletter, inscription en ligne
- Favoriser l'actualisation des contacts professionnels mis en ligne

- Développer le relai d'informations sur les évènements portant sur la thématique « santé/précarité » dans lesquelles les membres et partenaires sont investis

Ayant pris du retard dans l'alimentation du nouveau site internet, la coordination a dû différer la mise en ligne du nouveau site internet qui s'effectuera au 1^{er} trimestre 2018

iii. Le film

Le film de présentation, réalisé en 2012, des activités du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole est un support pédagogique très utilisé dans le travail de présentation et de valorisation du réseau. Edité en format DVD et remis aux principaux partenaires du Réseau, il est également accessible en ligne depuis janvier 2013 [sur youtube http://youtu.be/rVSR47VOMmE](http://youtu.be/rVSR47VOMmE). Il y enregistre 3755 lectures. C'est ainsi plus de 600 consultations en 2017.



iv. Une interface entre les membres fondateurs

Entre 2008 et 2012, un comité technique se constitue (l'EPSM AL, CMAO, ABEJ, MSL, CHRU de Lille, GHICL) et travaille, initialement, sur la création d'un dossier social partagé. Au fil des rencontres et de la réflexion, c'est une interface entre les structures qui sera créée afin d'assurer l'échange d'informations, alimenter la culture Réseau et améliorer son évaluation.

Ainsi, à partir du site internet du Réseau, une plateforme est accessible par les professionnels (ABEJ-MSL-CMAO-CHR-GHICL-EPSM-DIOGENE) et permet d'y saisir et d'y consulter le parcours de soins d'une personne sans domicile fixe – la création du dossier incombant à l'ABEJ ou MSL, identifiés comme porte d'entrée du RSSLM.

A cette occasion, la notion d'admission au sein du RSSLM, les conditions de partage d'informations et leur traçabilité émergent. Le RSSLM met en place un acte et une carte d'adhésion à destination des bénéficiaires et crée une charte d'utilisation destinée aux professionnels du Réseau. Des lors, la faisabilité technique de l'outil est explorée.

En 2010, les centres de santé ont débuté le recueil des actes d'adhésion des patients du Réseau. L'interface devient opérationnelle.

En 2013, l'interface a été présentée aux professionnels du sanitaire et du social de la CMAO, MSL, l'ABEJ, DIOGENE, de l'EPSM AL, du GHICL et du CHRU.

Fin 2017, l'interface compte plus de 8495 adhérents depuis 2012.

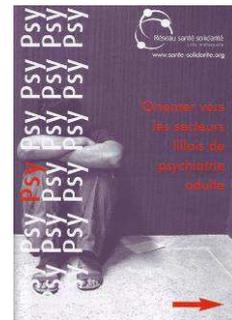
Le groupe de travail Dossier Social Partagé se réunit en novembre 2017 afin d'évaluer l'usage de l'outil. Dans un contexte de turn over des équipes, le groupe de travail identifie la nécessité de (re)sensibiliser les professionnels du Réseau au DSP (consulter et /ou instruire les étapes du parcours).

Le groupe de travail préconise l'organisation d'informations ou de rappels auprès de l'ensemble des équipes ayant un accès théorique. Dans cette perspective, les outils de communication et d'usage de l'outil sont actualisés (acte adhésion des professionnels, mode d'emploi de la plateforme, charte d'utilisation).

Un passage auprès de chacune des équipes est organisé, planifié sur la fin d'année 2017, début d'année 2018. Une évaluation de l'évolution des usages et accès sera réalisé trimestriellement et donnera lieu à une restitution du groupe de travail en fin d'année 2018.

v. Participer à l'élaboration et la diffusion d'outils

Le réseau diffuse les outils auquel il a contribué à la création : guide « orienter vers les secteurs lillois de psychiatrie adulte », issu d'une collaboration en 2008 entre le CLSPD (contrat local de sécurité et de prévention de la délinquance), le service Communication de l'EPSM AL, avec l'appui de la ville de Lille ; guide « habitat et santé mentale », diffusé par le réseau à hauteur de 750 exemplaires en 2010.



Dans ses missions d'animation de réseau, la coordination veille à recenser et à identifier les besoins de ressources (structures, dispositifs, protocoles, etc.) qui seraient utiles aux professionnels. De même, la coordinatrice favorise l'accès aux outils existants dans l'optique d'améliorer la qualité de prise en charge (diffusion de guide juridique, d'outils de médiation culturelle...)

En 2016, dans le cadre d'un groupe de travail CPAA/Diogène/ABEJ et RSSLM, la coordination a fait la proposition de la mise en place d'une fiche de liaison entre les professionnels des équipes mobiles de l'ABEJ, CMAO et Diogène et l'équipe hospitalière du CPAA (EPSM AL) pour **améliorer le circuit en amont et en aval d'une orientation vers le centre psychiatrique**, en général dans une situation aiguë ou de crise.

Initiée par la coordination du RSSLM et retravaillée avec les membres du groupe de travail, cette fiche de liaison cherche à bien informer l'équipe hospitalière sur le contexte social de la personne orientée, transmettre les éléments repérés par les travailleurs sociaux et prévoit un retour d'information auprès des professionnels qui ont orienté la personne. DIOGENE suit et évalue l'usage de cet outil depuis juillet 2016.

De manière générale, le Réseau travaille à améliorer la lisibilité des dispositifs et élaborent des « modes d'emploi » (des interventions, des LAM, des LHSS, des formations flash...) pour faciliter leur mobilisation par ses acteurs.

4/ Développer une démarche commune d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement

a. L'interprétariat au sein du RSSLM

Confronté à une patientèle étrangère ne maîtrisant pas la langue française et de culture étrangère, dispenser les soins, les rendre compréhensibles, les organiser est d'autant plus complexe. Plus largement, pour des personnes issues de communautés étrangères, naviguer à travers le système de santé français dans un contexte de précarité en souffrant d'une pathologie plus ou moins sévère relève du parcours du combattant.

Les professionnels, bénévoles et salariés confondus, pointent **unaniment la nécessité du recours à des interprètes**. A défaut d'interprètes professionnels, les recours à des outils plus ou moins spécialisés sont variables : « médiaglotte, google trad ». Ces outils de traduction en ligne permettent de débloquer quelques impasses dans le cadre de consultations médicales ou sociales mais ne sont pas optimaux. Ils ne répondent que partiellement au besoin d'un interprétariat simultané pendant l'entretien.

A défaut encore, les tiers issus de la communauté, sous réserve de l'accord du patient, sont sollicités pour la traduction. Frère, père, fille, voisine, sont mobilisés pour rendre accessible les informations. Pourtant cette intervention a ses limites. Quid du secret médical ? Des tabous propres à certaines communautés, du degré de réinterprétation d'un membre de l'entourage quand il s'agit de données de santé d'un proche ?

De même, certaines disciplines médicales construisent leur matériau sur le récit et l'échange verbal. La psychiatrie en fait partie. Et les solutions techniques ou de médiation par un membre de l'entourage ne sont pas adaptées dans ces cas.

Aussi, il y a quelques années, **le RSSLM a constitué un répertoire d'interprètes** qu'il lui est possible de mobiliser. Les personnes qui y figurent sont rarement des interprètes professionnels, mais elles ont en commun le fait de disposer d'une **compétence linguistique avérée** (en général de par leurs origines culturelles). La

participation à cet outil ne constitue pas un emploi. Il s'agit plutôt d'une contribution volontaire défrayée. Les interprètes du RSSLM acceptent donc, en signant une charte de bonnes pratiques, d'être sollicités pour intervenir en tant qu'interprète dans le cadre d'une consultation médicale ou, plus minoritairement, d'une consultation sociale. Ce répertoire est suivi, développé par le RSSLM tandis que la gestion des défraiements est déléguée à MSL.

MSL, l'ABEJ et Diogène sont les principaux utilisateurs des ressources en interprétariat. Dans les faits, les interprètes interviennent principalement dans le cadre des consultations des psychiatres intervenant à MSL ou dans le cadre de consultations spécialisées des établissements hospitaliers.

Au fil des années, les demandes et besoins se sont accrus. Les besoins linguistiques ont également varié (davantage de langues arabes, dialectes sub sahariens, etc.). Le groupe de travail « interprétariat » s'est réuni en février 2017 afin de faire un point d'étape du dispositif.

On constate une grande fragilité des ressources financières mobilisées, une contrainte forte sur le recours, des difficultés de « recrutement »... En ressort **la volonté d'explorer des modalités de financement spécifique afin de professionnaliser l'outil**. Aussi, le groupe de travail propose-t-il de prospecter des dispositifs professionnalisés à l'échelle du territoire national.

A l'appui d'un travail de recherche et de contacts de la coordination du réseau auprès de certains dispositifs (note de synthèse produite), le groupe propose de visiter un à deux dispositifs (Rennes, Strasbourg).

En décembre 2017, une visite du Réseau s'organise auprès du Réseau de Santé Louis Guilloux dont certaines missions recoupent celles du réseau. Les échanges permettent de comprendre leur fonctionnement, de cerner les points forts et la plus-value de leur dispositif d'interprétariat apportée à la qualité des parcours de soins et à la pratique professionnelle (médico-social). Sont également relevés les points de fragilité.

A l'issue de cette visite, il est acté par le comité de pilotage du Réseau que le groupe se remobilisera en 2018 sur un projet de développement de l'interprétariat, à l'appui du recrutement d'un stagiaire intervenant en soutien à la coordination des parcours de santé des personnes migrantes.

b) La mise en place de sessions de formation

Issus d'univers professionnels et institutionnels variés, les professionnels du réseau partagent des temps de formation sur les thématiques précarité/santé.

Former les professionnels du réseau contribue à améliorer la qualité de la prise en charge, soutient le développement d'une culture commune où se croisent les savoirs théoriques, les savoirs techniques et la maîtrise d'outils et de ressources territoriales. Les équipes se rencontrent régulièrement, de manière formelle ou informelle. Ces rencontres favorisent la création d'un sentiment d'appartenance.

i. Les formations flash²²



La formation flash est un **partage de compétences d'un membre du réseau avec les autres adhérents**.

Mises en place depuis juin 2006, les formations flash, sont organisées sur une pause méridienne et accueillies en alternance à l'hôtel de Ville de Lille ou à l'hôpital Saint Vincent. Ces sessions de formation proposent de développer, en 2 heures, une thématique à partir d'une expertise de terrain dans une perspective d'appréhension des filières de prise en charge.

²² Cf. Annexe n°6, Tableau de bord des formations flash 2017

Ces formations de courte durée participent du décloisonnement entre les structures participant à nos actions. Les intervenants sollicités, impliqués directement ou indirectement dans le champ d'intervention du RSSLM, exerçant sur le territoire, participent à ces temps de formation de manière « gratuite ».

La programmation semestrielle des formations flashs est conçue par Hélène PAUCHET, responsable du service Santé de la Ville de Lille et Dr MATTON, médecin coordinateur ABEJ, validée par le comité de pilotage du RSSLM. Le planning est communiqué à chaque début de semestre, chaque date fait l'objet d'un mailing spécifique. Soucieuse de « coller » aux problématiques actuelles, la programmation intègre les besoins exprimés par les acteurs de terrain.

A l'issue de chaque formation, un compte-rendu, support de présentation, articles de presse, références ou plaquettes d'information sont transmis à l'ensemble des participants afin de prolonger les apprentissages.

Selon les sujets traités, les formations flash accueillent entre 40 et 70 personnes par session.

En 2017, 7 formations flash ont été dispensées :

Dates 2017	Intitulé de la formation	Intervenant	Nb de pers.
12/01	Le droit des étrangers	Maitre Emilie DEWAELE, avocate au bareau de Lille	67
16/03	Tenir compte de l'impact des psycho traumatismes dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe	Marie Pierre JUMEL, psychologue	44
27/04	Mieux appréhender les psychopathologies	Dr Massimo MARSILI, médecin psychiatre, coordinateur médical EMPP Diogène	55
18/05	L'offre de soins en psychiatrie	Dr Massimo MARSILI, médecin psychiatre, coordinateur médical EMPP Diogène	46
01/06	Les violences conjugales	Sandrine BALLONET, référente violences conjugales arrondissement de Lille et Diane VROLAND, Solfa	61
05/10	Les CAARUD	Guillaume RASQUIN, chef de service Sleepin, Cèdre bleu et Estelle GUILLAUMIN, éducatrice spécialisée Ellipse	42
8/12	Le titre de séjour pour soins	Reporté en janvier 2018, suite à une indisponibilité tardive de l'intervenant	

En 2017, au total, ce sont 315 personnes formées. En moyenne, ce sont 52 participants par session.

+18%

ii. Le Diplôme Universitaire Santé Précarité

Depuis 2007, le RSSLM s'est associé à Médecins du Monde et à la faculté de Médecine de Lille dans la création d'un diplôme universitaire « santé précarité » (initié par Pr Yazdanpanah, chef de service maladies infectieuses du CH de Tourcoing). Pr Puisieux est directeur de cette formation depuis 2012.

L'équipe pédagogique est constituée de : Dr Alcaraz, médecin dermatologue du CH de Tourcoing, Franck ESNEE, coordinateur régional et Dr Marie CHEVELLE, déléguée régionale Médecins du monde et la coordinatrice du RSSLM.



Le DU se compose de 8 modules de deux jours et aborde l'ensemble des thématiques de santé liées à la précarité de janvier à octobre :

- Introduction aux concepts de Santé Publique et de précarité
- Cadre réglementaire des dispositifs de lutte contre la précarité. Notions d'épidémiologie.
- Approche anthropologique de la santé. La notion de handicap. Vulnérabilités spécifiques en fonction de l'âge ou de la pathologie.
- Santé mentale, Précarité et grande exclusion
- Femme, périnatalité, petite enfance, parentalité et Précarité
- Migration, errance et logement. Le milieu carcéral
- Addictologie
- Mobilisation des acteurs dans la mise en œuvre des actions : partenariats, réseaux et complémentarité des compétences

Après une interruption en 2016 faute d'un nombre suffisant d'inscrits, en 2017, le DU Santé Précarité est de nouveau mis en œuvre avec 20 inscrits.

La programmation a introduit de nouvelles thématiques : Réseau Vieillesse plurielles, Un chez soi d'abord...Des thématiques intégreront la session 2018 telles que l'interprétariat, les dispositifs auto supports tels que Le Réseau des Entendeurs de Voix.

c) Le rôle pédagogique du réseau

i. Le réseau comme lieu de stage

En 2017, le Réseau a accueilli **deux étudiants** dans le cadre d'un stage :

- Etudiant, 1^{ère} année d'assistante sociale de l'IRTS (6 semaines).
- Elève inspectrice ARS (3 semaines)

A partir d'un parcours de stage mutualisé entre les différentes structures membres fondateurs du RSSLM, les stagiaires ont pu observer les modes de prise en charge complémentaires proposés par les différents membres du RSSLM dans le parcours de soins du patient. Ces stages permettent d'apprécier la mise en œuvre d'une approche globale et pluridisciplinaire d'une population ciblée.

Les partenariats avec les structures de formation de la métropole lilloise se poursuivent. Les membres du RSSLM qu'ils soient associatifs ou institutionnels attachent beaucoup d'importance à **transmettre l'intérêt du travail en réseau dans la formation initiale des étudiants**.

ii. Le réseau, rôle de formation et d'expertise sur les questions de santé / Précarité

Depuis de nombreuses années, le réseau est invité à former des publics divers à la spécificité de la prise en charge des personnes en situation de précarité, au travail d'articulation entre le médical et le social.

Les instituts de formation des travailleurs sociaux, soignants, ou plus largement en sciences humaines sollicitent l'intervention du RSSLM. L'IRTS, l'IFSI et l'ISL ont, par exemple, intégré dans leur programme pédagogique la présentation de la prise en charge des plus démunis sur la métropole.

En 2017, le Réseau est intervenu :

- 31/01 : Ecole Européenne Supérieure en Travail Social (EESTS)
- 28/03 : IFSI Santélylys
- 10/05 : ISL, formation d'assistant de service social
- 09/05 : IFSI Domezon, formation IDE

Le Réseau est sollicité par des partenaires dans le cadre de formations, congrès, diplômes universitaires ou séminaires :

- 15/05 : Intervention dans le cadre du DIU Gestion de cas
- 24/05 : Congrès annuel de pédiatrie ambulatoire

- 11/05 : Séminaire Inégalités et Citoyennetés, Université Lille 3
- 29/06 : Nouvelles Approches des Pauvretés, Université Lille 3
- 21/12 : Séminaire Inégalités et Citoyennetés, Université Lille 3

Enfin, le Réseau intervient dans le cadre du DU « santé précarité ».

Une expérience qui s'exporte (encore) à l'étranger et en France...

En 2016, le RSSLM est sollicité par la délégation belge de Médecins du Monde (Bruxelles) pour présenter son organisation, ses pratiques à des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires bruxellois. MDM pilote la création d'un réseau à l'échelle de la capitale belge afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. Une première rencontre a lieu en septembre 2016 avec le comité de pilotage.



Accueil du 28 septembre 2016 au centre de santé ABEJ

En novembre, en présence de représentants de l'ARS, du président de CME de l'EPSM AL, et du promoteur du RSSLM Maggie de Block, ministre fédérale des affaires sociales et de la santé belge vient découvrir le Réseau.

Prolongeant cet intérêt, une délégation parlementaire bruxelloise nous rencontre en septembre 2017 tandis que le directeur de l'INAMI (assurance maladie belge) rencontre les représentants des centres de santé et des hôpitaux pour en savoir davantage sur le Dossier Social Partagé, outil qui devrait être dupliqué en Belgique.



Accueil de la délégation ministérielle en Nov 2016

En mai 2017, c'est le Réseau social rue-hôpital de Lyon qui manifeste son intérêt pour le Réseau et ses interventions. La coordinatrice de ce réseau est accueillie en mai 2017 afin de rencontrer la coordination du réseau et saisit l'occasion d'une intervention pour comprendre le fonctionnement de cette instance.

Au-delà de ces présentations formalisées, des étudiants en master de 2^{ème} année ou en doctorat (sociologie, ingénierie de la santé, sciences politiques) sollicitent régulièrement des rencontres auprès du RSSLM dans la perspective d'alimenter leur réflexion sur l'organisation des prises en charge, sur l'impact des politiques publiques en matière d'accès aux droits et aux soins. Autant de sujets qui font l'objet de rencontres avec la coordinatrice du réseau.

5/ Assurer une mission de veille sanitaire et sociale

Lors des rencontres initiées dans le cadre du réseau, les partenaires échangent sur les difficultés qu'ils rencontrent dans le cadre de leur pratique professionnelle. Des thèmes sont identifiés tels que la continuité de la prise en charge entre les membres du réseau, l'évaluation des troubles psychiques et les orientations à préconiser et la prise en charge des femmes migrantes en sortie de maternité, la problématique des personnes vieillissantes à la rue... Afin de les faire avancer, différentes modalités d'intervention sont proposées.

a) Veille sur les problématiques rencontrées

Depuis plusieurs années, **ce sont les patients atteints du syndrome de Korsakoff** qui mobilisent un nombre important de professionnels. Ne disposant pas de structures d'accueil et d'hébergement, ces personnes se trouvent à la rue, dans les centres d'hébergements, dans les hôpitaux (services de neurologie, de soins de suite, en psychiatrie...). Elles sont parfois positionnées sur des LHSS afin de poser le diagnostic mais les solutions de sortie étant actuellement inexistantes, le patient reste sur le lit. Souvent, ces patients occupent des places qui ne contribuent pas à l'amélioration de leur état de santé mais bien à leur dégradation sans parler des patients qui auraient eux un réel besoin de soins de suite ou autre.

En 2014, l'ABEJ Solidarité a ouvert un foyer d'accueil médicalisé sur le site de Capinghem à hauteur de 12 places.

De même, pour les personnes âgées à la rue. En 2010, sollicité par la cellule de veille de la Ville de Lille, l'attention du Réseau a été portée vers des personnes âgées disposant d'un logement mais présentant des troubles du comportement : nuisances sonores, incivilités envers le voisinage ou isolement. Le passage en intervision de ces situations a été effectué bien qu'éloigné à première vue de notre problématique. Néanmoins, l'expérience des médecins coordinateurs nous amène à penser que ce sont, pour certaines, celles que nous allons retrouver directement concernés par notre Réseau.

Les personnes en situation de précarité transitant par le centre de santé de l'ABEJ et plus globalement hébergées dans les hébergements d'urgence ou de réinsertion sont vieillissantes. La participation du RSSLM au réseau Vieillesse Plurielles portées par l'association ARELI favorise l'accès aux ressources spécifiques pour les problématiques rencontrées par cette population.

La situation des enfants atteints de pathologies ne nécessitant pas d'hospitalisation mais pour lesquels une vie à la rue compromet la réalisation des soins ambulatoires a fait l'objet de l'écriture d'un projet de création de lits d'accueil pédiatriques (LAP) par les professionnels référents de l'intervision pédiatrique. Le RSSLM souhaiterait proposer la mise en œuvre de l'expérimentation de ces LAP sur le territoire. En 2017, à l'occasion de la concertation pour l'élaboration du PRAPS, le Réseau a de nouveau souligné ce besoin auprès de l'Agence Régionale de santé.

b. Veille sur les dispositifs ou offres partenariales

Le territoire lillois est riche d'actions associatives dans le champ de la solidarité. En matière de santé, l'association l'ABEJ et MSL, membres fondateurs du RSSLM, ont toujours coopéré afin d'assurer une complémentarité de leurs actions visant à accompagner les bénéficiaires dans un parcours de santé de qualité. En 2016, des acteurs associatifs tels La Croix Rouge, l'Ordre de Malte organisent de nouvelles offres de soins pour les personnes en grande précarité. Des consultations médicales, ou médico-sociales sont ouvertes en sus de l'offre existante du RSSLM.

Vigilant à la coordination de l'offre sur le territoire et aux risques de nomadisme médical et de démultiplication des parcours, le RSSLM est à l'initiative de rencontres avec ces nouveaux opérateurs afin de prendre connaissance de leurs actions, et d'envisager avec eux les modalités d'interaction.

Ces rencontres ont pour objectif de rendre lisible l'offre de soins auprès des partenaires et des usagers.

c. Collaborer à la rédaction des plans et schémas d'organisation sanitaire et sociale

En 2012, le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole est membre du comité de pilotage du PRAPS. La loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions énonçait qu'« il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat [...] » (Art. 71 al. 1er). Ce programme régional « s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels » (Art. 71 al. 3). Ainsi, ils sont une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis.

Le Réseau contribue au travail du PRAPS en participant au groupe 1 sur l'accès aux droits et en animant un sous-groupe sur l'accès aux droits des étrangers. Le Réseau a de plus co-animé le groupe 2 sur les « LHSS/LAM/ACT/SSIAD précarité » avec la FNARS. Un travail sur la régulation régionale, sur l'accueil des enfants malades en situation de précarité et un document d'information sur les dispositifs existants. Enfin, le Réseau a participé au groupe 3 sur la coordination santé précarité autour de la démarche de réduction des risques et du rôle central des infirmiers au sein des coordinations d'accueil et d'orientation (CAO).

En 2016, le PRAPS est maintenu en tant que programme obligatoire. Le RSSLM participe aux réunions de concertation dans le cadre de l'élaboration du PRAPS en 2017.

d. Faciliter la mise en place d'expérimentations et dispositifs innovants

L'une des forces du Réseau consiste aussi en l'autonomie de ses membres. Ces derniers, individuellement, développent leur champ de compétences. Le portage de projets pilotes vient étoffer la « structure réseau ».

Depuis, la mise en place des équipes mobiles santé mentale précarité pour l'accès aux soins en santé mentale des personnes à la rue (1998, EMPP DIOGENE), l'évolution et la stabilisation du dispositif des lits infirmiers, reconfiguré en Lits halte soins santé, à l'expérimentation des LAM portée par l'ABEJ(2009), pérennisés en 2012, l'attribution de la mission de coordination régionale des PASS, le démarrage du bus médico-social de MSL (2010).

L'année 2011 est marquée par l'expérimentation d'un « chez soi d'abord » qui se pérennise en 2016. La Ville de Lille a inauguré la mise en place du Conseil Lillois de Santé mentale (CLSM). Enfin, l'ABEJ a pu ouvrir la « halte de nuit ». En 2012, le Réseau a déposé des fiches actions dans le cadre du contrat local de santé autour de l'accès et la continuité des soins pour les plus démunis. En 2014, le Réseau contribue à la mise en place du SSIAD précarité

Depuis 2014, le Réseau participe au projet « chercheurs citoyens », programme de financement de projet que le Conseil régional Nord Pas de Calais porte, en collaboration avec ATD Quart Monde et l'Université Lille 3 ; action associant le milieu universitaire et la société civile sur les questions de précarité et de santé. Le projet se développe et se prolonge en 2017 : accueil de stagiaires par les membres fondateurs, participation aux séminaires d'études.

6/ Tableau de bord de l'activité 2017

Objectifs Stratégiques	Objectifs opérationnels	Plans d'actions	Indicateurs de suivi et d'évaluation
1. Proposer un appui à la coordination des situations complexes de santé de patients en situation de précarité	Mettre en œuvre une évaluation de la situation complexe signalée	Evaluation de la situation par la coordinatrice du réseau à l'appui de la coordination sanitaire du Réseau	Nombre de signalements : nb de patients, nb de structures Analyse statistique des profils patients complexes (sexe, âge.....) Nombre de situations retenues comme complexe par le réseau par type de cause retenue Nombre de situations non retenues comme complexes par type de cause non retenues Non tracé en 2017
	Proposer des actions si toutes les ressources possibles n'ont pas été mises en œuvres	Mise en œuvre d'actions si toutes les ressources n'ont pas été sollicitées	Actions hors interventions : nombre et type d'actions mises en œuvre sans (ou avant) l'intervention Non tracé en 2017
	Proposer une réunion de concertation pluriprofessionnelle (intervention) si les critères de complexité sont remplis	Organisation, animation et suivi d'interventions lorsqu'une complexité médico-psycho-sociale et/ou question éthique ou lors de l'épuisement des ressources accessibles par le demandeur	Nombre de patients concernés par intervention ; analyse statistique des profils patients Cf Rapport activité p. 35 à 38, et Annexe 2 (p. 68 à 73) Nombre d'intervention adulte et enfant Cf. p.16 Nombre de plans d'actions mis en œuvre après intervention, par type d'actions mises en œuvre Nombre d'interventions de suivi par la coordinatrice de la mise en œuvre des plans d'actions par type (tél. réunion, consultation de suivi) Non tracé en 2017 Nombre de présents par intervention, par profession Cf. Annexe 3 (p. 74 - 75) Ethique : Non tracé en 2017 - liste des questions éthiques posées au réseau - Nombre et typologie des réponses apportées (ex : mise en œuvre d'une commission médecin/IDE/Administratif ; échange entre médecins, sollicitation d'un organe éthique externe)
Objectif 2. Rechercher à inscrire le patient dans le cadre d'un parcours de santé et au cœur d'un partenariat de territoire	Animer un groupe local d'échanges de pratiques et d'interconnaissance	Réunion des partenaires à intervalles réguliers	Nombre de réunions d'échanges de pratique sur l'année et ordre du jour
		Créer un suivi des partenaires	Nombre de partenaires par type de structure, nombre de nouveaux partenaires sur l'année Tracé pour les interventions et formations flash Annexe 3 et 6
	Mettre en œuvre des groupes de travail thématique	Organisation des groupes de travail	Nombre de groupes de travail actif sur l'année : thématiques des groupes et livrables attendus sur l'année Cf. Annexe 7 (p. 93)
	Chantier d'élaboration de parcours « type » à travailler en lien avec l'ARS	Mise en œuvre spécifique, identifier les parcours prioritaires à travailler, associer l'ARS	Listes des thématiques prioritaires retenues ; fournir à l'ARS les documents de travail en cours Cf. Annexe 8 (p.94 à p.103)

	Sensibiliser les acteurs locaux aux situations de précarité	Mise en œuvre de formations/sensibilisation sur les situations de précarité	Liste des thématiques, nombre et typologie des participants Cf. Annexe n°6 (p. 89 à 91)
	Définir le territoire du RSSLM	Elaboration d'une carte définissant le territoire d'intervention du réseau	Production d'une carte du réseau Cf. Site internet
	Créer un annuaire des ressources consultable	Cartographie sur le site internet	Annuaire consultable et mis à jour sur le site internet du réseau – Cf. Site internet
Réguler les LHSS de la métropole lilloise	Mise en œuvre d'une régulation locale des LHSS	Temps médical dédié à cette activité (0,5 ETP), contrat de mise à disposition	Nombre de refus et typologie des refus de prise en charge en LHSS Cf. Annexe 1 (p. 57 à 66) Nombre d'intervention donnant lieu à une demande de prise en charge en LHSS Nombre de LHSS attribué suite à une intervention Cf. Rapport d'activité p. 35 à p. 38 Fournir à l'ARS le contrat de mise à disposition et ses avenants

7/ PERSPECTIVES 2018

En 2018, l'un des objectifs du Réseau consistera à la mise en œuvre de la traçabilité des nouveaux indicateurs, définis par le recentrage des missions et inscrits au CPOM 2018 – 2022 : l'appui à la coordination des situations complexes,.

Il s'agira notamment de préciser et de recenser les sollicitations des partenaires concernant des situations qui ne font pas l'objet d'une concertation en intervision ; et de le mettre en perspective des actions engagées par le Réseau.

Par ailleurs, concernant les missions de coordination du parcours de santé des patients :

Le Réseau finalisera l'adaptation de la méthode « patient traceur » afin d'étudier les parcours des personnes suivies. Dans cette dynamique, il s'agira d'investir en particulier les interfaces des prises en charge mais également d'intégrer le regard du patient sur les soins, l'accompagnement, les articulations qui lui sont proposés.

Le Réseau attachera une attention particulière à la question du parcours de santé des personnes migrantes et en particulier à l'impact sur la qualité de la prise en charge du recours ou non de l'interprétariat. Dans ce cadre, le RSSLM accueillera un étudiant afin de réaliser un stage orienté sur cette thématique.

En 2018, le Réseau s'engagera dans une démarche de réflexion éthique, pluridisciplinaire sur la question du refus de soins, thématique ayant été retenue pour l'Assemblée Générale du Réseau. Cette démarche sera accompagnée par l'Espace de Réflexion Ethique Régionale.

Enfin, le Réseau partagera avec l'ARS une réflexion sur sa territorialité et son éventuel élargissement à l'échelle de la MEL.

« Lu et approuvé »

Monsieur Jean-Marie MAILLARD

Promoteur du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole



IV - CHAPITRE BUDGETAIRE : dépenses

Budget prévisionnel RSSLM 2018	2017				2018			
	Nb ETP	Autorisé	Réalisé	Ecart	Nb ETP	Prév. RSSLM	Prév. CPOM	Ecart
Frais directs								
Sous famille coordination								
Masse salariale								
Médecin coordinateur parcours complexes (mis à disposition ABEJ)	0,3	16000	16000	0	0,3	16000	24500	8500
Médecin de régulation LHSS	0,5	45800	47729	-1929	0,5	47730	45800	-1930
Sous total salariés	0,8	61800	63729	-1929	0,8	63730	70300	6570
622610 Honoraires prestataires extérieurs coordination (à détailler pour chacune des prestations dérogeantes)					0	0	0	0
Total sous famille Coordination	0,8	61800	63729	-1929	0,8	63730	70300	6570
Sous famille soins								
Masse salariale (à détailler)	Nb ETP				Nb ETP			
Sous total soins					0	0	0	0
622620 Honoraires prestataires extérieurs soins					0	0	0	0
Total sous famille soins					0	0	0	0
Sous famille formations liées aux soins								
622630 Honoraires prestataires extérieurs formation					0	0	0	0
Honoraires prestataires extérieurs formation								
625130 Frais de déplacements						0	0	0
623333 Frais de congrès						0	0	0
622830 Frais divers d'indemnisation de formation						0	0	0
Total sous famille formation					0	0	0	0
Frais indirects								
60 Achats de marchandises non stockées		3938,7				3534	1050	-2484
6061 Prestations de service, eau, énergie						0	50	
6063 Fournitures d'entretiens et petit équipement		485				0	0	
6064 Fournitures administratives		121,31				456	500	
6066 Carburants		1199				1500	0	
6068 Autres matières et fournitures		2133,4				1578	500	
61 Services extérieurs		0				150	1500	1350
6110 Sous traitance générale						0	1000	
6120 Redevance crédit de bail						0	0	
6130 Locations						0	0	
6132 Location immobilières						0	0	
6135 Location mobilière						0	0	
6140 Charges locatives et copropriété						0	0	
6152 Entretien sur biens immobiliers						0	0	
6155 Entretien sur biens mobiliers						0	0	
6156 Maintenance						0	0	
6160 Assurance						0	0	
6170 Etudes et recherches						0	0	
6180 Documentation, divers						150	500	
62 - Autres services extérieurs		4278				2070	1634	-436
622600 Honoraires expert comptable						0	0	
622601 Honoraire commissaire aux comptes						0	0	
622700 Frais d'actes et contentieux						0	0	
622800 Divers						0	0	
623000 Publicité, Publication, relations publiques		1569,6				1396	934	
624000 Transports de biens, et transports collectifs du personnel		584,82				0	0	
625000 Déplacements, missions, réceptions		1578,4				105	500	
626000 Frais postaux et de communications		545,18				569	200	
627000 Services bancaires et assimilés						0	0	
628000 Divers (adhésion, cotisation)						0	0	
63 Impôts								
65 Autres charges de gestion courante								
66 Charges financières								
67 Charges exceptionnelles								
68 Dotations aux amortissements								
Sous total frais indirects		12684	8216,7	4467				
Masse salariale et personnel mis à disposition structure administrative		46900	46726	174,3		46900	46900	0
Coordination administrative - Christelle LEMAIRE		46900	46726	174,3	Nb ETP	46900	46900	0
					1			
Total des charges du budget de fonctionnement		59584	54942	4642		52654	51084	-1570
Gratification stagiaire						5000	0	-5000
Emploi des contributions volontaires en nature								
Secours en nature						0	0	

Mise à disposition gratuite de biens et prestations Personnel bénévole				0	0
Total				0	0
Total général	121384	118671	2713	121384	121384

Direction de l'Accueil et des Affaires Financières
- D.A.A.F. -

EPSM AGGLOMERATION LILLOISE
SERVICE FINANCIER
François LEQUIN
DIRECTEUR




V - RESULTAT DE L'EXERCICE

Le résultat de l'exercice enregistre un léger excédent à hauteur de 2713 € en 2017

ANNEXES AU
RAPPORT D'ACTIVITE 2017



Réseau santé solidarité
Lille métropole

SUIVI DES RESEAUX DE SANTE
N° : 960310332

Annexe n°1

Rapport d'activité 2017

Du dispositif des Lits Halte Soins Santé de la métropole Lilloise

Rédacteur : Dr Hélène MORHAN, médecin régulateur du dispositif, RSSLM

Extrait du rapport d'activité 2017 de MSL



LES LITS HALTE SOINS SANTE

1- Présentation des dispositifs

A/ Objectif initial

Le dispositif « **Lits Infirmiers** » a été mis en place sur la métropole par la DDASS en 1999. Il avait été élaboré afin d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile fixe.

Le dispositif « **Lits Halte Soins Santé** » (LHSS) s'est mis en place sur Lille en novembre 2006. Il vise à développer les possibilités de dispenser des soins aux personnes sans domicile fixe en donnant un statut juridique et financier aux structures hébergeant les LHSS.

Le Lit Halte Soins Santé n'est pas :

- Un lit d'hôpital ou d'hospitalisation à domicile
- Un lit de maison de retraite
- Un lit d'hébergement d'urgence ordinaire
- Un lit d'hébergement à long terme
- Un lit de convalescence

B/ Public accueilli

L'indication d'accueil en LHSS est **MEDICALE**. L'admission de patients en LHSS se fait prioritairement pour des cas de :

- Episode infectieux aigu
- Petite traumatologie
- Lésions dermatologiques importantes
- Altération de l'état général nécessitant des soins et un bilan médical
- Toute pathologie aigüe

Ne relève pas des LHSS toute pathologie chronique et les situations relevant du handicap.

Il s'agit d'un dispositif pour « permettre aux personnes de « garder la chambre », de **recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile si elles en disposaient** ; et dont la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, **ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée** (personnes handicapées, personnes âgées) ; et ceci pour une durée prévisionnelle inférieure à 2 mois » - extrait du cahier des charges concernant les LHSS. Le Nord Pas de Calais représente 50% des lits LHSS en France.

C- Les fonctions de MSL

- Veiller à la bonne utilisation des Lits LHSS au regard des critères sociaux et médicaux.
- Centraliser les informations relatives aux entrées et sorties.

D- Situation géographique

Sur Lille - Roubaix, au sein de 5 CHRS : **37 LHSS**

- Abej : 14 LHSS hommes ou femmes
- Eole - Escale : 6 LHSS femmes
- Eole - Pont leu (anciennement Martine Bernard) : 6 LHSS hommes
- Accueil Fraternel Roubaisien : 6 LHSS hommes
- Armée du salut : 5 LHSS hommes.

E- Les étapes

1. Constat d'un besoin

Un diagnostic médical est établi par un médecin : qu'il soit généraliste (centre médico-social, médecin généraliste libéral), hospitalier ou d'un centre d'hébergement d'urgence

2. Demande d'orientation

Elle est établie par fax et téléphone de médecin à médecin, adressée au médecin régulateur de MSL à l'aide de « fiches de régulation pour LHSS ».

3. Régulation médicale

MSL a été désigné comme régulateur des LHSS, étant indépendant des structures d'hébergement accueillant les personnes. La décision du médecin est prise en fonction de la pathologie, des places disponibles et de l'accord du foyer d'accueil.

4. Transfert de la personne

Le contact est pris par la structure qui oriente avec la structure qui reçoit. Si la personne ne dispose pas de couverture sociale et que son état de santé ne lui permet pas de se rendre au foyer d'accueil par les transports en commun, il peut être fait appel à la CMAO.

5. Passage d'un médecin généraliste

Le médecin consultant dans la structure d'hébergement suit le patient pendant son séjour en LHSS et donne son avis pour la sortie. Il est en contact avec les médecins de MSL. Dans le cadre des LHSS, un contrat a été signé entre le foyer d'accueil et un médecin généraliste.

6. Orientation à la sortie

Le service social de la structure accueillant des LHSS s'engage à travailler avec le patient pour trouver une solution de logement ou d'hébergement durable après la sortie.

7. Prise en charge par la structure d'accueil

L'enveloppe ARS allouée à chaque structure d'accueil prend en charge l'ensemble des frais d'hébergement et si nécessaire les soins du patient.

F/ Annulation

Cette année, **143 demandes n'ont pas abouti à un LHSS**. Ce chiffre comprend des **demandes non satisfaites (35%) et des demandes annulées (65%)**.

28 de ces demandes étaient pour des femmes (22 annulations, 5 pathologies hors cadre et 1 refus par manque de place).

Toutes les demandes doivent être documentées afin de pouvoir recenser et analyser les refus :

- **Manque de place**,
- **Pathologie hors cadre** (pas d'indication médicale ou pas d'indication sociale ou pathologie chronique),
- **Comportement** compromettant la sécurité des personnes dans le foyer,
- **Annulation** par la structure ou le patient.

Un bilan est remis annuellement aux responsables de l'ARS. L'analyse des besoins non satisfaits par le dispositif peut ainsi permettre d'orienter l'aménagement et/ou l'extension de ce même dispositif ou de faire des propositions de mise en place ou d'aménagement d'autres structures de soins/hébergement.

2- Le Dispositif sur la Métropole Lilloise

A/ Aspect quantitatif

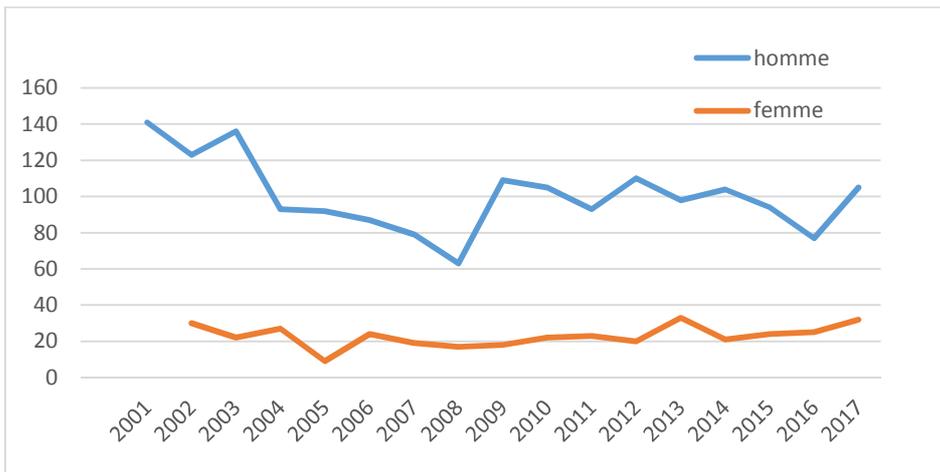
a. Admissions et file active

En 2017, le dispositif LHSS a accueilli **105 hommes, 32 femmes**.

Soit **137 admissions pour 37 LHSS** avec une **file active de 131 patients**.

(Ces chiffres comprennent également les patients présents au 31/12/2016 étant toujours en LHSS en 2017)

Evolution des admissions depuis 2001



Le dispositif reste saturé quasiment en permanence. Malgré le travail des équipes, certaines situations sociales bloquent la sortie alors que le problème médical est résolu. La sortie ne peut donc se faire sans risquer de perdre le bénéfice du LHSS par un retour à la rue.

Le nombre d'admissions est en diminution par rapport à 2001, celle-ci s'explique par l'allongement du temps de séjour en LHSS (et ce, malgré l'ouverture de lits supplémentaires en 2008). Nous accueillons des patients qui présentent des pathologies lourdes, de longue durée, où la sortie ne peut parfois être envisagée qu'à la condition de trouver une solution de logement stable.

b. Age moyen des patients

L'âge moyen des patients est de **40 ans pour les femmes** et de **49 ans pour les hommes** (le patient le plus âgé : 85 ans).

c. Nombre de séjours par personne

4 hommes et 2 femmes ont séjourné à plusieurs reprises en LHSS (2 séjours). Ce sont parfois des interruptions de séjour en raison d'une hospitalisation avec retour éventuel en LHSS à la suite de celle-ci, ou alors parfois aussi des patients qui présentent une récurrence de leur pathologie.

d. Durée moyenne de séjour

La **durée moyenne de séjour des LHSS** est de **120 jours** pour une **médiane à 88 jours**.

- Pour les hommes : **115 jours** en moyenne pour une **médiane à 95 jours**
- Pour les femmes : **136 jours** en moyenne pour une **médiane à 70 jours**.

Nous donnons aussi les médianes ce qui donne une idée plus précise de la durée de séjour car cela permet d'enlever les extrêmes (patient ne restant qu'une journée ou patient qui était là depuis 2013...). **Au niveau national**, dans le rapport de la DGCS, la médiane est à **62 jours**.

e. Durée de séjour supérieure à 30 jours

88% des séjours sont supérieurs à 30 jours chez les hommes et les femmes. Cette durée de séjour s'allonge et est toujours trop longue au vu des objectifs du LHSS. Cependant le LHSS permet souvent de faire un bilan plus large par rapport à la pathologie (notamment pour les patients avec des pathologies chroniques mal suivies) ou permet d'aller au bout d'un traitement long (comme celui de la tuberculose).

f. Demandes non satisfaites & annulations

Nous avons enregistré 143 demandes qui n'ont pas abouti à un LHSS sur la métropole lilloise. 115 concernaient les hommes et 28 les femmes.

- Refus par **manque de place** :

Le dispositif LHSS continue de s'améliorer mais il reste souvent saturé. **11 refus** pour manque de places ont été enregistrés. Le chiffre est toujours un peu sous-estimé car certaines demandes, refusées par téléphone, n'ont pas été confirmées par écrit et donc pas toujours comptabilisées. Le devenir de ces patients est difficile à connaître.

- Refus pour **pathologie hors cadre** :

39 refus pour indications hors cadre en raison de pathologies chroniques, de pathologies trop lourdes, relevant du handicap, pour des personnes ayant déjà un hébergement ou ayant une pathologie ne nécessitant pas de soin particulier.

Ce chiffre est sûrement lui aussi sous-estimé. Parmi ces pathologies, on retrouve :

- Cancers avancés, personnes en soins palliatifs
- Pathologies chroniques (diabète, Hépatite virale B ou C, VIH, cirrhose, polyhandicap)
- Pathologies neuropsychiatriques majeures (Korsakoff, troubles psychiatriques sévères)
- Pathologies traumatiques lourdes, patients très dépendants.
- Début de grossesse

Lorsque ce type de demandes est réalisé par les assistantes sociales hospitalières, c'est en général lorsqu'elles n'ont aucune autre solution à proposer (convalescence refusée, pas de famille ou d'ami, pas de foyers adaptés). Cependant, très régulièrement, face à l'absence d'autres solutions d'accueil pour ces patients et s'il y a de la place, nous sommes amenés, dans la mesure du possible, à les prendre en charge. Ces demandes ne sont pas prioritaires face à une demande rentrant dans le cadre des LHSS.

Ces patients sont souvent ceux qui séjournent en LHSS plus de 2 mois.

- Annulation de la demande

On retrouve cette année 93 demandes annulées. Les demandes ont été annulées:

- Par l'assistante sociale : lorsqu'une autre solution a été trouvée ou que la demande n'est plus indiquée.
- Par la structure d'accueil pour des problèmes de comportement du patient (patient déjà connue de la structure et mis à pied pour des problèmes d'agressivité envers le personnel par exemple).
- 28% des demandes ont été annulées par le patient lui-même qui ne souhaitait pas aller en LHSS.

B/ Aspect qualitatif

a. Provenance

- 26% des patients sont orientés par les médecins des **centres médico-sociaux** (Abej = 21%, MSL)
- 62% des patients sont orientés par le **milieu hospitalier** :
GHICL : 25%, CHR : 22%, CH Dron, CH Victor Provost ou autres hôpitaux
- 12% des patients des patients sont orientés par le 115, le centre pénitentiaire ou les médecins libéraux.

b. Pathologies ayant motivé l'admission

- chez les hommes :

	<u>2017</u>
Pathologie chronique	38%
Traumatologie	18%
Post-chirurgie	14%
AEG, épuisement	12%
Dermatologie	10%
Infections	5%
Autres pathologies aiguës	2%
<u>Pathologies neuro-psy</u>	<u>1%</u>

En 2017, les motifs d'admission chez les hommes sont principalement **les pathologies chroniques et de longue durée (38%)**.

Mais **59%** des motifs d'entrée restent des **pathologies aiguës** (infection, pathologies dermatologiques, traumatiques et post chirurgicales, altération de l'état général).

39% souffrent d'une **dépendance associée** (alcool, toxicomanie).

Et **14%** des patients accueillis ont des problèmes psychiatriques ou des troubles du comportement.

- chez les femmes :

	<u>2017</u>
Grossesse, suite de couches	25%
Pathologie chronique	20%
Post chirurgie	20%
Pathologie dermatologique	15%
AEG, épuisement	10%
Pathologie traumatique	5%
<u>Autre pathologie aiguë</u>	<u>5%</u>

Le premier motif d'admission en 2017 chez les femmes est représenté par **les grossesses ou suites de couches (25%)**.

30% des patientes souffrent d'une **dépendance associée**.

Et **20%** des patientes accueillies ont des problèmes psychiatriques ou des troubles du comportement.

c. couverture sociale

Sécurité sociale des patients admis en LHSS en 2017 :

SS base	35%
CMU base / PUMA	37%
Aucune	18%
AME	12%
ALD 100%	8%

Complémentaire

Aucune	59%
CMU compl	30%
Mutuelle	11%

d. Devenir du patient à la sortie du lit halte soins santé

Pendant la période passée en LHSS, l'équipe sociale du foyer aide le patient à trouver une solution d'hébergement en fonction des possibilités. L'équipe et le patient se heurtent alors à de nombreuses difficultés en raison d'une carence importante en hébergement (foyers, logement personnel, accueil d'urgence, logement adapté aux personnes présentant des problèmes de santé et qui ne peuvent plus vivre seuls).

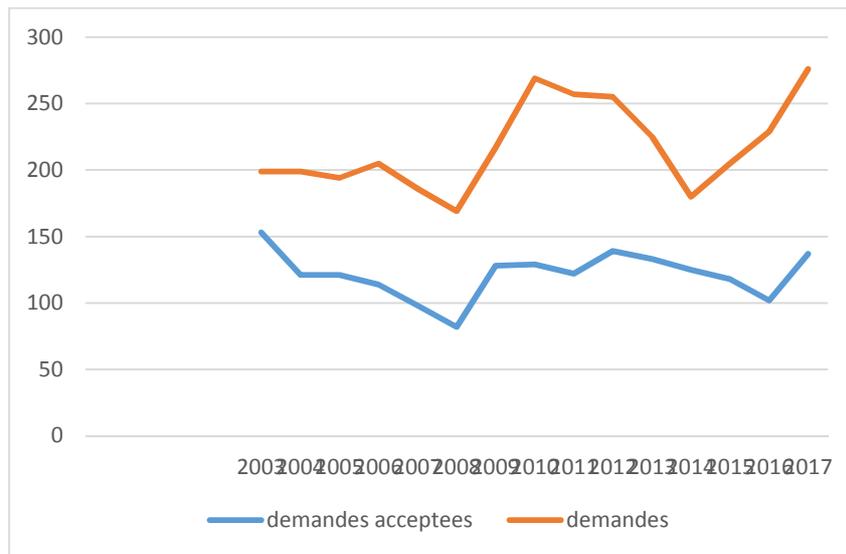
Au 31/12/2017, 28 hommes et 5 femmes sont encore accueillis en LHSS.

Parmi les patients sortis du dispositif en 2017 :

- Une **solution de sortie stable** (CHRS, relogement, famille, maison de retraite) pour un temps, a été trouvée pour 46% des patients.
- Malheureusement, pour 15% des patients, c'est un **retour en accueil d'urgence**.
- 12% ont été hospitalisés, ou ont été transférés dans un autre LHSS ou LAM.
- 5 patients sont décédés pendant leur séjour en LHSS, suite à des pathologies lourdes.
- 2 patients ont été mis à pied suite à de la violence.
- 1 patient a rejoint son lieu d'incarcération.
- Pour quelques patients, à la rue depuis longtemps, isolés, marginalisés, la vie en foyer (vie de communauté) est difficile et même parfois non souhaitée. Ainsi 15% des patients sont partis d'eux-mêmes des LHSS avant la fin des soins.

3- Les dysfonctionnements

L'engorgement des LHSS ne nous a permis en 2017 de n'accepter que 50% des demandes.



La difficulté de l'exercice est que, le dispositif étant souvent saturé, cela induit d'importants dysfonctionnements d'un bout à l'autre de la chaîne :

- Les LHSS ne peuvent pas souvent répondre à l'urgence,
- Les patients atteints de soins légers de courte durée n'accèdent pas ou peu aux LHSS,
- Les patients entrant, le sont souvent pour une durée supérieure à 2 mois,
- Le manque de places femmes implique que les femmes entrants en LHSS présentent des situations sanitaires et sociales lourdes ; et de la même manière, leur durée de séjour est longue,
- Le manque de place induit des orientations par défaut (par exemple, les places « hôtel » de la CMAO qui vont accueillir des familles dont l'un des membres présente une lourde problématique sanitaire).
- Même constat donc que les années précédentes

Augmenter le nombre de lits est un incontournable, mais pas seulement.

Les demandes en attente d'entrée en LHSS sont révélatrices des besoins en structures médico-sociales.

En aval, il est **nécessaire d'améliorer le nombre et les accès aux structures de droit commun**

- En accueil d'urgence
- En centre maternel
- En FAM / MAS
- En EPHAD
- En service de soins de suite
- En CHRS.

Mais **aussi des structures innovantes** telles que :

- une structure médicalisée pour accueillir un enfant atteint d'une pathologie lourde et sa famille
- les patients vieillissants, trop jeunes pour entrer en maison de retraite, et pour autant en très mauvaise santé, et trop âgés pour rester à la rue ou en hébergement d'urgence fermé la journée,

A/ pathologies rencontrées nécessitant des soins prolongés ou un entourage médico-social particulier

* Pathologies de la grossesse (menace d'accouchement prématuré), fin de grossesse, post-partum pathologique.

En cas de grossesse pathologique (où le repos total est nécessaire) et en fin de grossesse, les centres d'accueil d'urgence ne sont pas adaptés car ils ne sont ouverts que la nuit. **5 femmes** ont été accueillies pour grossesse cette année. D'autres demandes ont été faites, qu'il n'a pas été possible d'honorer.

Le post-partum sans pathologie associée ne relève pas du LHSS ; cependant une femme avec son bébé ne peut se retrouver à la rue en sortie de maternité.

* Pathologies neuropsychiatriques nécessitant un hébergement et / ou un logement adapté

16% des patients admis en LHSS présentaient une pathologie neuropsychiatrique, associée ou non à des conduites addictives :

- patients avec des troubles mnésiques majeurs (Korsakoff, Alzheimer)
- patients avec des troubles neuropsychiatriques : psychose - dépression sévère –Syndrome post-traumatique

85% d'entre eux sont resté plus de 2 mois, leur état neurologique ou psychique ne pouvait laisser envisager une sortie sans solution de logement fixe. Les patients porteurs de troubles mnésiques avancés ou psychotiques sont en danger vital à la rue. Certains arrivent en LHSS dans un état d'épuisement et d'incurie.

* Suites de traumatologie lourde

9 patients ont été admis plus de 2 mois, l'admission en convalescence n'ayant pas été obtenue pour bon nombre d'entre eux, par absence de place, absence d'indication de rééducation, par refus de prise en charge des patients sans domicile ou sans couverture sociale.

* Poly-pathologies, pathologies chroniques

29 patients ont été admis plus de 2 mois : pathologies cardio-respiratoires, tuberculose, diabète déséquilibré, néoplasie. Pour la majorité de ces patients, la sortie ne peut être envisagée qu'avec une solution d'hébergement.

5% des patients admis en LHSS le sont pour un cancer, certains entre les cures de chimiothérapie vivaient dans leur voiture ou en accueil d'urgence.

B/ Manque de structures d'hébergement adaptées.

Déjà signalé, le besoin d'hébergement adapté reste entier :

* Structures hébergeant les femmes : en fin de grossesse, ou grossesse pathologique, ou en suite de couches

Les maisons maternelles sont saturées. Elles priorisent donc leur accès aux femmes ayant des problèmes avec leur enfant. Pourtant toute femme à la rue avec un enfant de moins de 3 ans devrait y avoir accès.

* Foyers, pensions de famille ; mais aussi FAM, MAS, EPHAD ou service de soins de suite

De telles structures pourraient accueillir de façon prolongée avec une équipe adaptée (médico-sociale, voire une maîtresse de maison) des personnes ayant un handicap ou une pathologie chronique invalidante. Actuellement, les foyers classiques (type CHR) n'ont pas cette vocation. Pour certains patients, ce type d'accueil pourrait être définitif lorsqu'il n'est plus possible pour eux d'envisager une vie dans un logement seul, sans l'aide d'une tierce personne.

Cela concernerait :

- les malades psychiatriques ne relevant plus d'une hospitalisation,
- les patients fragilisés sur le plan cardio-respiratoire,

- les patients ayant une maladie dite de longue durée (cancer, dialyse) ou un handicap.

* Défaut ou refus de place en structure de convalescence ou centre de rééducation.

Certains patients relevant d'un centre de convalescence ou de rééducation sont admis en LHSS en raison d'une absence de place.

Malheureusement, il arrive que la convalescence soit refusée pour des patients sans couverture sociale. Ou encore, de nombreux établissements de convalescence refusent d'accueillir les personnes sans domicile, probablement pour des raisons budgétaires, leur séjour étant en moyenne plus long par absence de solution de sortie.

Or à la suite d'une hospitalisation, l'absence de domicile devrait être en lui-même un critère d'indication de convalescence en établissement spécialisé.

C- Manque de place en hébergement CHRS et accueil d'urgence :

Les patients pour lesquels un projet d'hébergement se met en place voient leur séjour en LHSS être parfois prolongé pour faire la jonction avec un logement stable. Un retour à la rue mettrait en péril ce qui a été reconstruit au niveau psychologique et social et pourrait être source de récurrence de l'altération de santé. Les CHRS pourraient assurer ce service. Mais les listes d'attente sont de plusieurs mois.

Annexe n°2

Tableau de bord des interventions santé précarité 2017

Synthèse des situations abordées



Prénom	Origine	Age	Hébergement au moment de l'intervention	porteur demande	Partenaires invités	Motif	Difficultés santé	Date intervention	Actions à mettre en œuvre
Malika	France	41	à la rue	1 chez soi d'abord, ABEJ Solidarité	Association Lazare, Diogène, CMAO, Association Itinéraires (Entr'actes), EPSM Lille Métropole, Centre Boris VIAN, T01, EPSM AL	Initier une démarche de soins dans un contexte d'urgence sociale et de conduites à risques	Victimes de violences, problématiques gynécologiques, addictions, troubles psychiques	26/01/2017	Consensus sur l'objectif du maintien de lien dans un contexte de refus des soins. Intervention d'Entr'actes programmée (travail sur emprise proxénète, réduction des risques, intervention infirmière en vue d'une remise de traitement). Réamorcer un projet de cure, orienter sur Sleepin pour "mise à l'abri". La situation est réabordée en avril 2017.
René	France	55	Hôtel	Association Magdala	Diogène, CLSM, AGSS UDAF, Dr Honoré	Accompagner vers une solution de logement adapté	Diabète, trouble de l'alimentation, problématique cardiaque, désorientation spatio temporelle	26/01/2017	Renforcement de la mesure de protection à solliciter, orientation vers un logement autonome.
Jean-Luc	France	53	à la rue	CHRU, neurologie	CMAO, Diogène, Centre de santé ABEJ, LHSS/LAM ABEJ, ANPAA	Définir l'orientation la plus adaptée à la sortie de l'hospitalisation	Troubles addictifs, troubles dépressifs, altération des capacités cognitives, perte d'autonomie	09/03/2017	Orientation vers LAM en s'appuyant sur l'actualisation des informations médicales auprès de la commission d'admission LAM. Si effectivité de l'admission, vigilance à établir sur les consommations (sevrage depuis 6 mois)

Asma	Hors UE	24	Hébergée chez un 1/3	CHRU, neurologie	Pas de partenaire identifié	Mettre en place un accompagnement social en relai de l'hôpital	pathologie invalidante	09/03/2017	Organisation d'un accompagnement par le Médiateur santé de la Ville de Lille (CPAM, rappel de relance auprès du 115, point sur les démarches santé). Proposer le recontact de la famille
Madame A.	UE	24	à la rue	Réseau Santé Solidarité Lille Métropole	CMAO, Hôpital Saint Vincent, Eole accueil de jour	Coordonner l'accompagnement médico-social	Fausse couche, fragilité psychologique	09/03/2017	Orientation vers une psychologue, pas de renouvellement de signalement auprès de la DDSCS. Orientation vers la PMI pour le suivi de la petite fille (vigilance sur la diversification de l'alimentation)
Frédéric	France	42	à la rue	GHICL, Hôpital Saint Vincent	CMAO, CCAS Villeneuve d'Ascq, Halte de Nuit de l'ABEJ	Amorcer une démarche de soins dans un contexte d'absence de demande	Etat de santé général dégradé, addiction alcool, troubles cognitifs détectés mais non diagnostiqués	06/04/2017	Nécessité d'un bilan diagnostic mais nécessaire adhésion aux soins - CARE - lien entre le référent social CMAO et la référente du CCAS de Villeneuve d'Ascq
Iman	Hors UE	44	à la rue	CMAO	Solfa (Brunehaut), Eole accueil de jour, MSL, Diogène	Risque d'invalidité en raison de la situation d'urgence sociale	Pathologie invalidante	06/04/2017	Attente d'une solution d'hébergement sur le dispositif d'urgence de Solfa pour organiser les soins. Anticipation des modalités de garde des jeunes enfants à organiser en vue de l'hospitalisation
Cornel	Européen	58	à la rue	CHRU, Service ORL	DTV	Organiser et assurer la continuité des soins	Pathologie lourde (cancer)	06/04/2017	Evaluation pour une orientation LHSS : retour régulation en intervision, situation trop lourde dans un contexte où le dispositif accueille l'urgence de l'urgence. Organisation de l'intervention de la médiatrice santé auprès de la famille du patient pour maintenir la possibilité d'organiser les soins au domicile de

									la famille. Liaison par le réseau entre HAD Santélyls, CHRU et la DTV
Vasili	Hors UE	66	à la rue	CHRU	Pas de partenaire identifié	Organiser et assurer la continuité des soins	Pathologie lourde (cancer)	06/04/2017	Orientation vers LHSS acté, organisation de l'admission dans des délais brefs. Intervention de la CMAO pour faire le point sur la situation (administrative, sociale et hébergement)
Inconnu	inconnu	40 à 50	à la rue	Diogène, CMAO, ABEJ Maraude	CLSM, cellule de veille de la ville de Lille	Recueillir des éléments d'identité	Grande probabilité d'une pathologie psychiatrique; état de santé somatique dégradé	04/05/2017	Demande d'intervention de la police par la cellule de veille de la ville de Lille, requête à formuler auprès du fichier des personnes signalées disparues
Saliha	France	50	Hébergement urgence	AIR	SPIP, Interm'aide, SISAA, EPSM Lille Métropole (G16)	Etayer le projet de réorientation sociale par un parcours de soins	Etat dépressif	04/05/2017	Maintien de l'intervention SISAA, solliciter le CMP pour l'organisation de visites à domicile, passage IDE pour bonne observance du traitement, orientation sur le dispositif de colocation de l'association Lazare, encourager l'orientation vers des activités de bénévolat pour lutter contre l'isolement
Magomed	Hors UE	37	Hébergement urgence	FADS	Diogène, EPSM Lille Métropole (G20), CMAO, Centre de santé de l'ABEJ	Rupture de soins	conduites addictives, troubles cognitifs et de la mémoire, troubles du comportement, pathologie infectieuse	08/06/2017	Solliciter l'accord du patient pour demander le concours de son frère; rechercher des ressources pour interprétariat, élaborer un écrit en russe pour informer sur le traitement. Réinstaurer un cadre formel pour les entretiens sociaux, réalerter sur les

								risques liés aux consommations de cannabis - Recadrer les demandes médicales : à évoquer en consultation médicale (CDS ABEJ).	
Augustin	France	67	Pension de famille	ABEJ Solidarité	Abej maraude, SSIAD Précarité ABEJ, Dr Honoré, SPS Lille, Médecins du Monde, médiation sanitaire	Rupture de soins	Conduites addictives (alcool), état de santé général dégradé, (pathologies pulmonaires et AVC), perte d'autonomie, troubles cognitifs liés à l'alcool	21/09/2017	Travailler à la facilitation de la communication (sourdmedia), investir le champ occupationnel, réaliser les démarches de demande d'aide individualisée (aide à la vie sociale) - en alternative : LHSS comme étape intermédiaire à l'entrée dans une structure médico-sociale (EHPAD)
Claude	France	76	Résidence autonomie	Temps de vie	Centre de santé ABEJ, Association ariane, MAIA Lille Métropole	Maintenir dans le logement	troubles neurologiques, incurie, très probable trouble de la personnalité	19/10/2017	Remobilisation des étayages médico-sociaux pour maintien sur la résidence autonomie, organisation d'une synthèse avec curateur, équipe centre de santé ABEJ, équipe de la résidence et la patiente. Dans le cadre des consultations médicales : travail sur la problématique d'hygiène et d'alcool, orienter vers une consultation de gérontopsy (consultation Bateliers)
Maya	France	25	CHRS	CHRS Rosa park, ABEJ Solidarité	Diogène, CSAPA Cèdre bleu, Association Itinéraires (entr'actes), ANPAA, SPIP, médecin traitant	Comment accompagner le projet de réorientation	incurie, conduites addictives, souffrance psychique	19/10/2017	Orientation vers une cure, puis post cure en articulant la réorientation vers une autre solution d'hébergement.

Laurent	France	29	à la rue	CCAS Ville de Lille	Diogène, Centre de santé de l'ABEJ, CLSM, Eole CHRS	Quelle posture professionnelle adopter ?	Trouble psychique	19/10/2017	Recueil des informations médicales par Diogène pour intervention et orientation vers un suivi si besoin. Rappel du cadre à faire quand comportement inadapté ou agressif.
Christine	France	49	à la rue (perte du logement liée à l'état de santé)	Centre l'espoir	AGSS UDAF, EMPP La Ravaude	Trouver une solution de sortie adaptée à la problématique	Perte de mobilité, pathologie chronique non stabilisée, troubles cognitifs, syndrome de Diogène	23/11/2017	Elargir les demandes FAM à la région Hauts de France et en Belgique (transmission d'une liste ressources par la coordination), travail en parallèle de prospection de solutions d'accueil provisoire (accueil LAM/Maison de pierre)
Monsieur M	Hors UE	48	à la rue	CH Roubaix, service neurologie	Pas de partenaire identifié	Trouver une solution de sortie à l'hospitalisation	Accident neurologique (hémiplégie), légers troubles cognitifs, handicap moteur	23/11/2017	Problématique purement sociale, difficile accès au PMR des structures AHI, élargissement de la demande d'hébergement sur le territoire national (transmission par le RSSLM des contacts SIAO + étayage SIAO pour élargissement de la requête)
Jean-Marc	France	58	Locataire d'un logement autonome	GHICL, Hôpital Saint Vincent	Centre de santé ABEJ	Organiser un accompagnement vers les soins	Pathologie respiratoire chronique, conduites addictives, dégradation des capacités cognitives, dégradation générale de l'état de santé	21/12/2017	Organiser une rencontre famille + patient + CDS Centre de santé. Activer la demande de référent RSA, et s'y appuyer pour solliciter l'intervention du SISAA. Solliciter le médiateur de santé de la ville de Lille pour accompagnements vers CDS ABEJ. Intervention ELHSA à prévoir à domicile
Isabelle	France	54	CHRS Capharnaum	CHRS Capharnaum	Diogène, ANPAA, SSIAD Précarité, ASAPN	Comment accompagner le projet de réorientation	Conduites addictives, troubles psychiques, neuro cognitifs	21/12/2017	Travailler la clarification de la situation maritale, poursuite des examens médicaux pour préciser la

Lucie	France	33	rue	Diogène	EPSM AL (CPAA), CMAO	Organiser l'accompagnement vers les soins de psychiatrie	pathologie psychiatrique	21/12/2017	nature des troubles. Orientation vers le Pari Orientation vers le G24, (synthèse à organiser entre Diogène et G24) + travailler en parallèle les démarches pour une admission auprès d' 1 chez soi d'abord
-------	--------	----	-----	---------	-------------------------	--	-----------------------------	------------	--

Annexe n°3

Tableau de bord des interventions santé précarité 2017

Synthèse des participations des professionnels



Période	Nb d'intervention	Nb de situations	Nb total de professionnels	Nb de professionnels sociaux	Nb de professionnels soignants	Nb de mandataires judiciaires	Autres types de professionnels
Janvier	1	2	23	11	7	2	3
Mars	1	3	20	8	6	0	6
Avril	1	4	26	15	5		6
Mai	1	2	23	11	6		6
Juin	1	1	18	7	8		3
Septembre	1	1	28	11	7		10
Octobre	1	3	26	9	7	1	9
Novembre	1	2	24	10	7	1	6
Décembre	1	3	23	5	11	1	6

Total	9	21	211	87	64	5	55
Moyenne/intervention		2,3	23,4	9,7	7,1	0,6	6,1
Ratio type professions				41%	30%	2%	26%

Annexe n°4

Questionnaire intervision santé précarité
Auprès des professionnels du Réseau

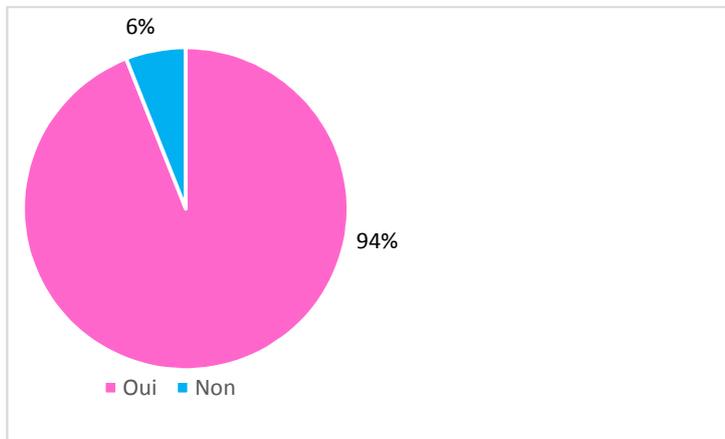


Réseau santé solidarité
Lille métropole

Restitution questionnaire intervention santé précarité

67 professionnels ont participé à cette évaluation (2 campagnes : 07 et 09/2017)

1. Avez-vous connaissance de cet espace de concertation ?



Réponses		
		Total
		67
Oui	94%	63
Non	6%	4

Etonnamment, deux AS EPSM AL et un médecin ABEJ expriment ne pas connaître l'outil.

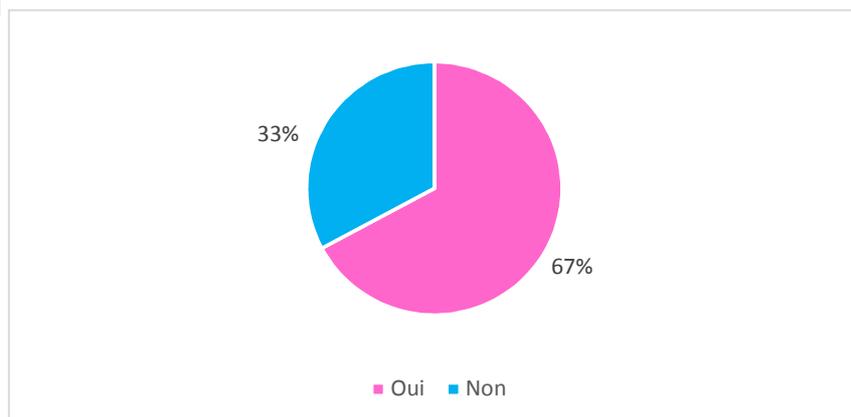
2. Recevez-vous les invitations à participer aux réunions d'intervention ?



Réponses		
		Total
		67
Oui	99%	66
Non	1%	1

Un médecin de l'ABEJ dit ne pas recevoir les invitations aux interventions

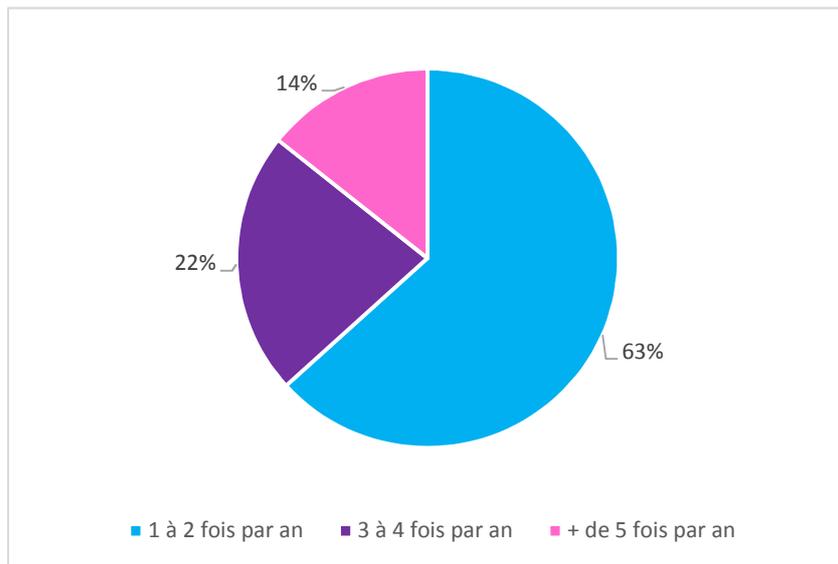
3. Avez-vous déjà participé à une intervention santé précarité (concernant le public adulte) au cours des deux dernières années ?



Réponses		
		Total
		67
Oui	67%	45
Non	33%	22

Parmi les personnes qui ne participent pas à l'intervision, on retrouve, logiquement, celles qui déclarent ne pas connaître l'outil. On retrouve également celles qui indiquent se sentir moins concernées parce qu'elles n'interviennent pas directement sur les situations à l'ordre du jour (CCAS Lille, professionnel PMI). A noter que parmi les Assistantes Sociales du CHRU ayant répondu au questionnaire, 4/7 indiquent ne pas venir).

4 - Si vous avez déjà participé à une intervention santé précarité, à quelle fréquence ?



Réponses		
		Total
		49
1 à 2 fois par an	63%	31
3 à 4 fois par an	22%	11
+ de 5 fois par an	14%	7

Parmi les professionnels ayant répondu au questionnaire, ceux qui se déclarent être les plus présents (3 fois ou plus par an) : AFO, Assistants sociaux de l'EPSM AL, DTV, SSIAD ABEJ, Diogène, Accueil de jour Eole, MSL et GHICL

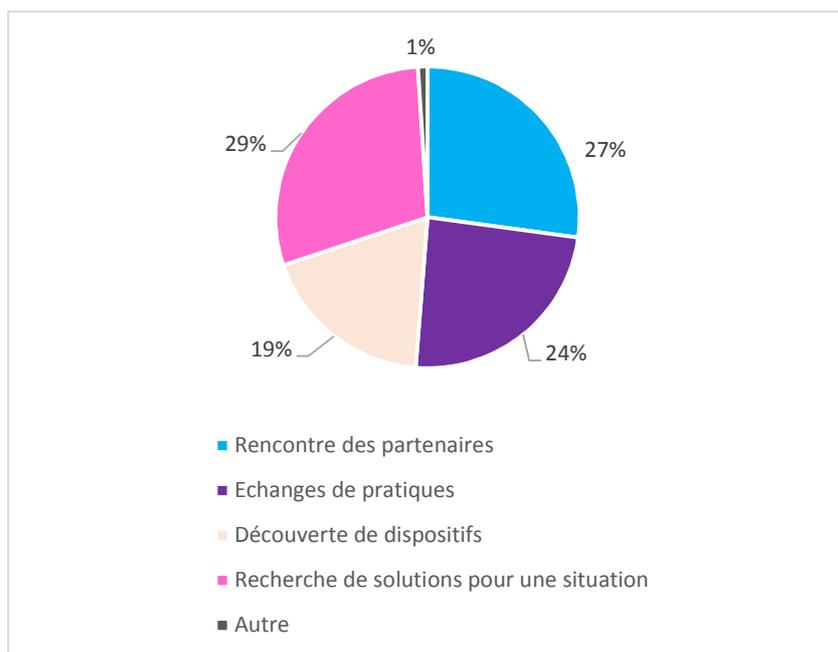
5. Pour quelles raisons ne participez-vous pas aux interventions santé précarité ?

Réponses libres synthétisées :

Les professionnels ne venant pas aux interventions évoquent :

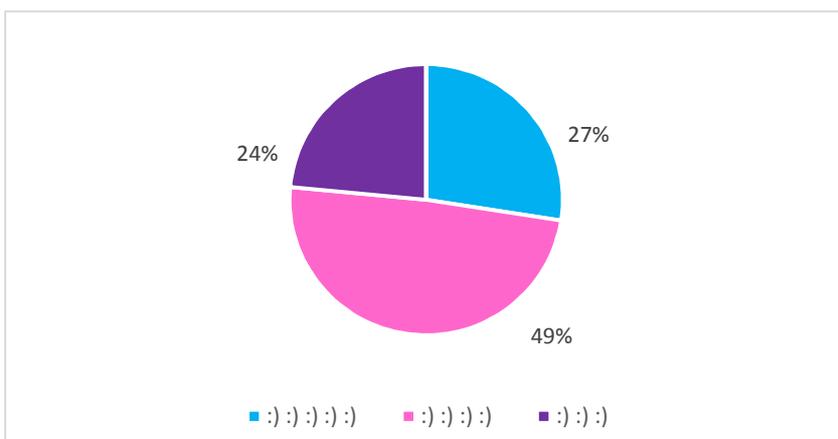
- * un manque de disponibilité, souvent mis souvent en rapport avec une charge de travail très importante. La priorisation ne permettra pas de se dégager pour une réunion d'échange de pratiques, sans interaction directe avec une prise en charge ou un accompagnement en cours.
- * Le public dont il est question est trop éloigné, différent du public auprès duquel intervient le professionnel
- * le professionnel n'intervient pas sur la situation évoquée, ce qui tendrait à démontrer que l'intervision est avant tout appréhendée comme une cellule de gestion de cas complexes qu'un espace de formation. *Faudrait-il réinvestir le caractère formateur de l'intervision ? Si oui, comment (principe des vignettes cliniques, etc.)*
- * A noter, l'absence quasi systématique d'un partenaire pourtant précieux de l'ANPAA qui ne peut se rendre disponible sur ce créneau dans l'organisation du service. *Faudrait-il envisager d'alterner le créneau du jour ? Une à deux fois dans l'année ?*
- * L'encadrement préfère mobiliser les professionnels de terrain qui sont les professionnels qui gèrent les situations. *L'absence de cadres peut parfois relativiser la productivité de l'intervision (penser des solutions dans le moment avec les réserves de validation d'un encadrement absent du tour de table).*

6. Quelles sont vos attentes en participant à une intervision santé précarité ?



Réponses		
		Total
		199
Rencontre des partenaires	27%	54
Echanges de pratiques	24%	48
Découverte de dispositifs	19%	37
Recherche de solutions pour une situation	29%	58
Autre	1%	2

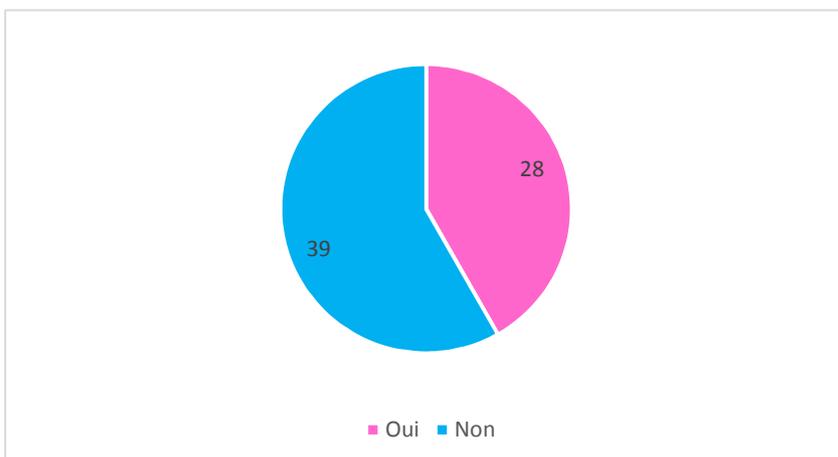
7. L'animation de l'intervision santé précarité vous paraît-elle satisfaisante ? (temps de parole, prise de décision, présentation des situations, etc.)



Réponse		
		Total
		51
: :) :) :) :)	27%	14
: :) :) :)	49%	25
: :) :)	24%	12
: :)	0%	0
:)	0%	0

Parmi les quelques remarques recueillies, il est évoqué un nombre trop important de situations par rapport au temps imparti, lézant les situations évoquées en fin d'intervention.

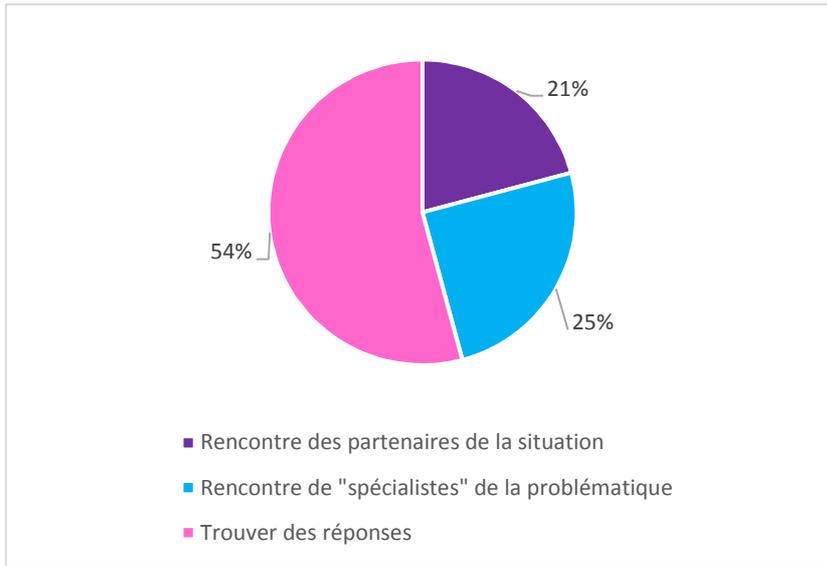
8. Avez-vous déjà sollicité la présentation d'une situation dans le cadre d'une intervision ?



Réponse		
		Total
		67
Oui	42%	28
Non	58%	39

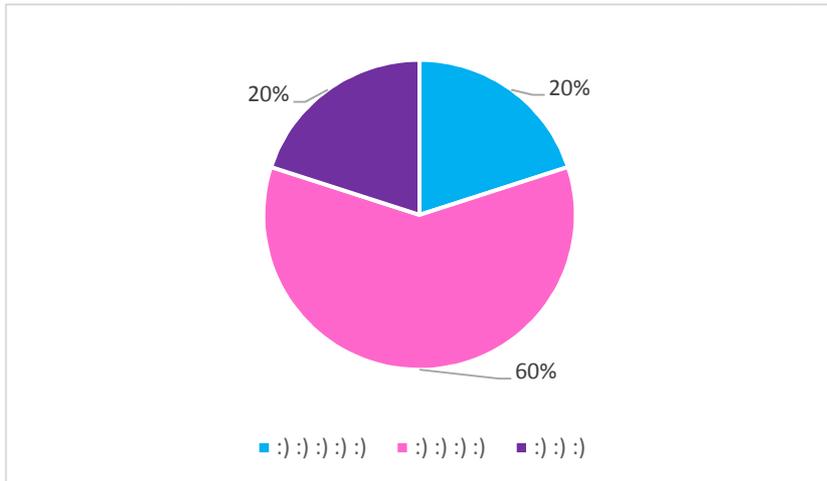
Toutes les demandes déclarent avoir été retenues pour un passage effectif en intervision

13. Si vous avez présenté une situation en intervision, quelles étaient vos attentes ?



Réponses		
		Total
		48
Rencontre des partenaires de la situation	21%	10
Rencontre de "spécialistes" de la problématique	25%	12
Trouver des réponses	54%	26
Autre	0%	0

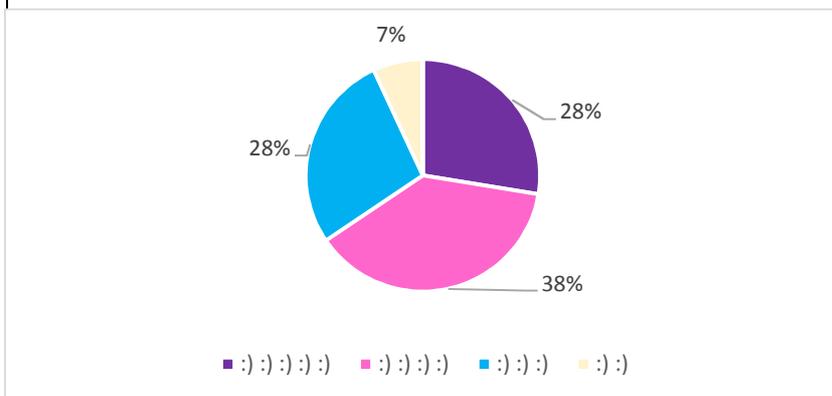
14. Si vous avez présenté une situation en intervision, celle-ci a-t-elle répondu à vos attentes ?



Réponses		
		Total
		20
(:) : :) : :) :)	60%	12
(:) : :) :)	20%	4
(:) : :)	20%	4
(:) :)	0%	0
(:)	0%	0

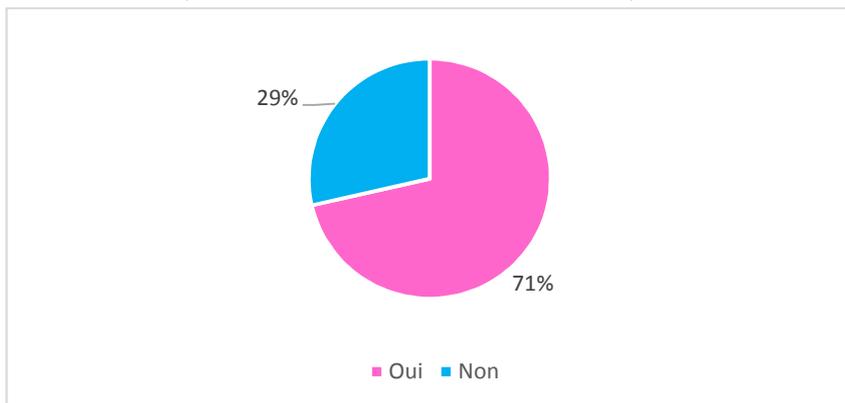
Parmi les quelques commentaires recueillis : est mise en avant l'absence de solutions trouvées pour les situations les plus complexes, ou l'inaccessibilité de solutions pour un certain public (roms)

15. Si vous avez présenté une situation en intervision, la mobilisation des partenaires vous a-t-elle paru satisfaisante ?



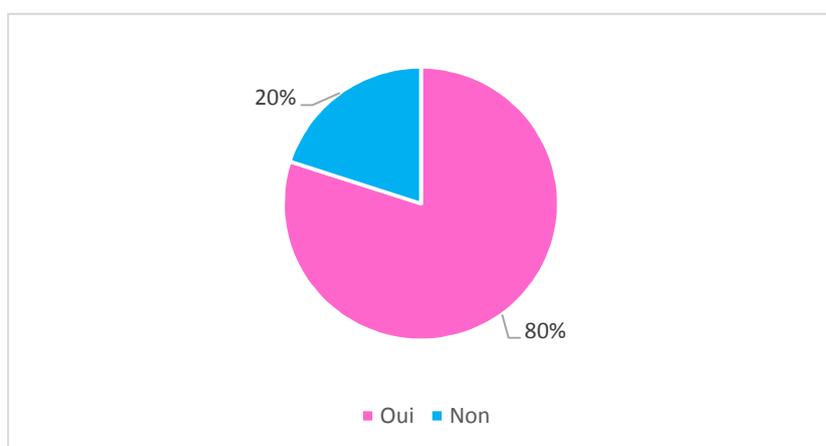
Réponses		
		Total
		29
(:) : :) : :) :)	38%	11
(:) : :) :)	28%	8
(:) : :)	28%	8
(:) :)	7%	2
(:)	0%	0

16. Si vous avez présenté une situation en intervision, la personne a-t-elle été informée de cette action ?



Réponses		
		Total
		28
Oui	71%	20
Non	29%	8

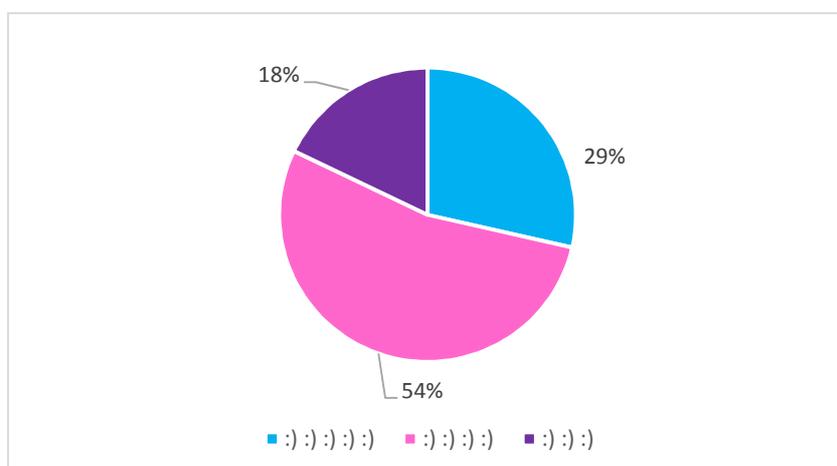
17. Si vous avez présenté une situation en intervision, un retour d'information a-t-il été réalisé auprès de la personne ?



Réponses		
		Total
		25
Oui	80%	20
Non	20%	5

Une des réponses est commentée par "de notre part". *Les partenaires s'attendent-ils ou aimeraient-ils que le RSSLM organise une réponse ?*

18. Si vous avez présenté une situation en intervision, le déroulement de l'intervision vous a-t-il paru conforme à ce que vous attendiez ?



Réponses		
		Total
		28
: :) :) :) :)	54%	15
: :) :) :)	29%	8
: :) :)	18%	5
: :)		0
:)		0

19. La confidentialité vous paraît-elle respectée ?



Réponses		
		Total
		49
Oui	98%	48
Non	2%	1

20. Si vous aviez des suggestions à faire pour améliorer cet outil, quelles seraient-elles ?

Parmi les remarques :

- * des propositions en termes d'organisation pratique (lieu, accessibilité (disponibilité de places de stationnement, gratuité du stationnement, changer de modalité de planification : alterner les jours pour favoriser la participation régulière de certains intervenants, varier les lieux (CHRU))
- * Ouvrir la thématique (population + pathologie)
- * Mobiliser davantage de partenaires (inviter les anciens intervenants pour les personnes qui ont un parcours de rue par exemple, élargir le cercle des destinataires de l'ordre du jour)
- * la gestion des cas complexes en Intervention ne nécessiterait-elle pas aussi la présence de responsables de services ou institutions afin que les acteurs ne se sentent pas isolés... (à réfléchir)

Annexe n°5

Tableau de bord des interventions pédiatriques 2017



Prénom	Origine	âge	Situation hébergement	porteur demande	Partenaires associés	Motif	Problématique santé	Intervision	Autres interventions	Actions à mettre en œuvre et suivi
minet Allah	Hors UE	4	à la rue	PDM/MSL	Jeanne de Flandre, Accueil de Jour Eole, SIAO, UT Moulins	Handicap dans un contexte d'urgence sociale	Handicap	28-nov		Relance du signalement auprès de la DDCCS, clarifier le projet d'installation en France, exploration diagnostique en cours, accompagnement pour la démarche de titre de séjour pour accompagnement enfant malade
Bissane	Hors UE	3	à la rue	PDM	Accueil de jour Eole	Handicap dans un contexte d'urgence sociale	Handicap : retard de développement suite à une pathologie néo natale	28-nov		Alerter le service social du CH Dron
Zakaria	Hors UE	2	Hebergé par un 1/3	Jeanne de Flandre	MSL, CH Dron, Accueil de jour Eole	Handicap dans un contexte d'urgence sociale	Retard global des acquisitions, épilepsie	28-nov		Faire le point avec le service social du CH Dron concernant l'ouverture des droits
Hayet	Hors UE	6	Hebergé par un 1/3	PDM	Centre Marc Sautelet	Handicap dans un contexte d'urgence sociale	Handicap moteur et retard de développement de langage	28-nov		Maintenir la demande d'hébergement auprès du 115 malgré la solution d'hébergement par un 1/3 - maintenir une veille sur la situation
Douaa	Hors UE	8	Hebergé par un 1/3	PDM	Centre Marc Sautelet	Handicap dans un contexte d'urgence sociale	Handicap moteur et retard de développement de langage	28-nov		Maintenir la demande d'hébergement auprès du 115 malgré la solution d'hébergement par un 1/3 - maintenir une veille sur la situation
Alisa Denisa	UE	15	Squatt	MSL	PDM/DTV	Protection de l'enfance	Soupçon de prostitution	28-nov		Liaison à réaliser ave UT Wattrelos et UT Roubaix sur les suites données à l'IP. Renforcement des passages sur site par la DTV pour mieux cerner les pratiques et fonctionnement du groupe

Crina Iona	UE	6	Squatt	MSL	PDM/DTV	Protection de l'enfance	Soupçon de maltraitance	28-nov	Liaison à réaliser ave UT Wattlelos et UT Roubaix sur les suites données à l'IP. Renforcement des passages sur site par la DTV pour mieux cerner les pratiques et fonctionnement du groupe
Tamer	Hors UE	6	Hebergé par un 1/3	GHICL	Jeanne de Flandre	Accès aux soins et aux droits	Leucémie nécessitant une greffe	28-nov	Liaison entre les deux services pédiatriques hospitaliers
Denisa	UE	1	Bidonville	PDM	MSL, DTV, Jeanne de Flandre	Protection de l'enfance	Tristesse de l'humeur, relation mère/enfant dégradée	26-sept	Recadrage de la mère sur ses obligations parentales (appui médical) - travailler à la réaccroche de l'accompagnement social en travaillant à la récupération des documents d'identité
Iosif	UE	15	Bidonville	PDM	MSL, DTV, Hôpital Saint Vincent, Jeanne de Flandre	Organiser le protocole de soins en ambulatoire	Hématurie	26-sept	Protocole de soins à mettre en place par PDM à l'appui des passages du bus sur le terrain
Ionut	UE	8	Bidonville	PDM	AREAS/ MSL	Orientation vers une structure adaptée	Handicap (langage)	26-sept	20/09; 22/11/2016; 13/12. 24/01/2017 Point sur l'avancement dossier MDPH, orthophonie organisée dans l'attente d'une intégration dans une structure spécialisée. , Au 22/11 : bilan psycho réalisé, problématique de séparation importante. Explorer un possible trouble visuel, inscription CLSH préconisée. Au 13/12 : RDV orthophonie peu honorés, RDV ophtalmo programmé, orientation sur ateliers associatifs. 25/04 : relai pris par IDE DTV pour l'orientatin et démarches auprès des structures adaptées. Rendez-vous de recadrage (UT, DTV) avec la famille - accompagnement à réaliser par la DTV vers l'antenne scolaire mobile de proximité

Evocation de la situation d'un terrain qui cristallise la préoccupation de l'ensemble des professionnels : protection de l'enfance +++									29-juin		Le RSSLM propose de réaliser un signalement auprès du procureur. Le signalement sera porté par l'ABEJ et MSL
Mihai	UE	10	Bidonville	PDM	DTV	Envisager une orientation	Handicap moteur	25-avr		Rencontre médico-sociale à organiser avec les parents à réaliser pour mesurer le degré d'adhésion à un projet d'orientation vers un IEM. Dossier MDPH à réaliser, demande d'AME à réaliser	
Rebecca	UE	1	Bidonville	PDM	DTV, Hôpital Saint Vincent	Envisager une orientation	Retard moteur, suspicion surdité, convulsions	25-avr		Attente des résultats ORL pour affiner l'orientation. Dossier MPDH sera monté par as St Vincent, la DTV doit par contre faire le nécessaire pour obtention allocataire caf	
Munkhsukh	Hors UE	18 mois	Hôtel extrême urgence AIR	St Vincent	MSL/PDM	Organiser la PEC hospitalière à venir à articuler au parcours de demande d'asile	Retard psychomoteur	25-avr	decembre 2016	Décembre 2016 : Se rapprocher du SIAO afin de connaître la situation sur les démarches de demande d'asile, centralisation du suivi à MSL pour la PEC ambulatoire. Avril 2017 : transmission des préoccupations du collège de l'intervision à Sara LOBEL, CMAO afin de maintenir une vigilance sur l'orientation en lien avec la procédure administrative. Coordination du RSSLM pour liaison avec l'AS Centre Marc Sautelet	
Erdenesuk	Hors UE	18 mois	Hôtel extrême urgence AIR	St Vincent	MSL/PDM	Organiser la PEC hospitalière à venir à articuler au parcours de demande d'asile	Retard psychomoteur	25-avr	decembre 2016	Décembre 2016 : Se rapprocher du SIAO afin de connaître la situation sur les démarches de demande d'asile, centralisation du suivi à MSL pour la PEC ambulatoire. Avril 2017 : transmission des préoccupations du collège de l'intervision à Sara LOBEL, CMAO afin de maintenir une vigilance sur l'orientation en lien avec la procédure administrative. Coordination du RSSLM pour liaison avec l'AS Centre Marc Sautelet	

Anis	Hors UE	8	rue	CMAO	Hôpital Saint Vincent	Organiser la PEC globale	retard mental, troubles autistiques, troubles du comportement	25-avr		Relance de la demande d'accueil provisoire auprès de l'UT en vue de l'accouchement de la mère. Recueil des informations sociales et administratives - élargissement de la demande d'hébergement afin d'optimiser l'accès à des solutions. Dès que la situation administrative sera éclaircie : signalement auprès de la DDCS à produire
Luka	hors UE	10	rue	PDM	MSL		IMC séquelles de prématurité	27-juin	sept-17	Assurer la liaison MSL/Accueil de jour - identifier le processus de régularisation administrative dans laquelle la famille s'est engagée, en septembre
Istvan	UE	14	Bidonville	PDM	I04, St Vincent; AREAS	Suivi de situation	Handicap mental et visuel	24-janv	14/06/2016; 20/09, 22/11, 24/01/2017; 27/06/2017	Point d'information : rencontre AREAS, PDM et MSL + pédiatre roumanophone pour traduction : responsabilité parentale rappelée pour le bon suivi médical
Florin	UE	11	Hébergement urgence	PDM	MSL/CHRU	Organiser et coordonner l'accompagnement socio-éducatif et la prise en charge sanitaire	Obésité morbide	24-janv	22/11/2016, 24/01/2017, 18 octobre 2016	Signalement à la DDCS par la CMAO pour l'accès à un hébergement d'urgence, mobilisation de l'interprétariat, organisation de l'amont et l'aval de la PEC à JDF. Au 22/11 : Accueil sur le SHU, équipe éducative sensibilisée à la situation, liaison avec PDM, démarche de scolarisation entamées. Intervention kiné sur la structure, intervention enseignante bénévole dans l'attente de la scolarisation. Mobilisation des parents. Hospitalisation à JDF en janvier 2017
Ferentz David	UE	7	Bidonville	St Vincent	PDM	Information à transmettre sur état de santé	Brûlure grave, accident domestique	24-janv		

Maria	UE	1	Bidonville	MSL	PDM, Saint Vincent	Organiser et veiller à la bonne observance d'un traitement au long cours	Toxoplasmose	24-janv		Mise en place d'un pilulier hebdomadaire préparé par la pharmacie et remis par MSL - service social Saint Vincent doit vérifier le dossier AME
Adelina	UE	14	Squatt Hellemmes	St Vincent	MSL/AREAS	Organiser et veiller à la bonne observance d'un traitement au long cours	Syndrome de turner	24/01/2017	En 2015 pour patho cardiaque	Assurer la présence d'Adelina lors de la prochaine consult (février 2017), évaluer la pertinence du traitement envisagé (examens complémentaires), solliciter le centre de soins infirmier à proximité du squat pour conservation et organisation de la délivrance quotidienne
Nicoletta	UE	4	Bidonville	PDM	MSL	Orientation vers consultation spécialisée pour besoin appareillage	Surdité	24-janv		Attente de la consultation, AME en cours de demande, probabilité d'un montage dossier MDPH - Quid de l'appareillage couvert par l'AME
Nicolae Florin	UE	5	Bidonville	PDM	MSL	Orientation vers consultation spécialisée pour besoin appareillage	Surdité	24-janv		Attente de la consultation, AME en cours de demande, probabilité d'un montage dossier MDPH - Quid de l'appareillage couvert par l'AME
Florina	UE	6mois	Bidonville	PDM	MSL	Orientation pour dépistage surdité	Surdité	24-janv		Attente de la consultation, AME en cours de demande, probabilité d'un montage dossier MDPH - Quid de l'appareillage couvert par l'AME

Annexe n°6

Tableau de bord des formations flash 2017



Réseau santé solidarité
Lille métropole

Bilan de la participation des professionnels aux formations flash par typologie de professions

Date	Intitulé de la formation	Fonctions des participants								Nb de participants
		IDE	Psychologue	Médecin	Médiateur de santé	Travailleurs sociaux (CESF, ES, AS)	Stagiaires	Employés administratifs	Autres	
12-janv	"Le droit des étrangers"	1	1	4	3	47	4	1	6	67
16-mars	"Tenir compte de l'impact du psycho trauma dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe"	4	2	3	1	29	3		2	44
27-avr	"Mieux appréhender les psychopathologies"	8	2	4	2	34	2		3	55
18-mai	"L'offre de soins en psychiatrie"	6	0	5	1	26	3	1	4	46
01-juin	"Les violences conjugales : de quoi parle-ton ? ..."	4	1	6	3	39	3		5	61
05-oct	"Les CAARUD"	7	0	1	3	26	2		3	42
Total		30	6	23	13	201	17	2	23	315
%		10%	2%	7%	4%	64%	5%	1%	7%	

Bilan de la participation des professionnels aux formations flash par structures/établissements

Date	Intitulé de la formation	Membres fondateurs RSSLM								Membres adhérents RSSLM										Partenaires non adhérents					Total	
		ABEJ	CHRU Lille	EPSM AL	MSL	GHICL	Diogène	Ville de Lille	CM AO	FADS	Eole	La sauvegarde du Nord	Conseil départemental	Magdala	Accueil Frédéric Ozanam	France horizon	Centre l'Espoir	EPSM LM	Cèdre bleu	Itinéraires	Soliha	AFE JI	Spiritek	Médecins du Monde		Autres
12-janv	"Le droit des étrangers"	2	10	3	2	1	4	16	2	3	1	2		2	4					5		2		2	6	67
16-mars	"Tenir compte de l'impact du psycho trauma dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe"	10		1	1		3	10		2				1	4	4									7	44
27-avr	"Mieux appréhender les psychopathologies"	10		1			4	12		2	3	4		4	3		1	1		3	2		2		3	55
18-mai	"L'offre de soins en psychiatrie"	5					4	7		2	4	4		1	3						2		3		10	46
01-juin	"Les violences conjugales : de quoi parler ? ..."	4	5	4		2	3	6	1	3	1	2		1	3		4			1	4	2	2		13	61
05-oct	"Les CAARUD"	10	2	2			1	6			1	2	2	3	1			1	3		2			1	5	42
Total		41	17	11	3	3	19	57	3	12	10	14	2	12	18	4	5	2	6	12	8	4	5	3	44	315
%		13%	5%	3%	1%	1%	6%	18%	1%	4%	3%	4%	1%	4%	6%	1%	2%	1%	2%	4%	3%	1%	2%	1%	14%	100%

Annexe n°7

Synthèse de l'activité des groupes de travail
du RSSLM en 2017



Synthèse des groupes de travail du RSSLM en 2017

Groupe de travail	Composition	Nb de réunions	Objectifs et travaux
LHSS/LAM	Pilote : Dr Hélène MORHAN, Médecin régulateur LHSS Participants : structures porteuses LHSS (FADS, Eole, AFR, ABEJ), Diogène, IDE CMAO	2	Echanges et harmonisation de pratiques des structures porteurs LHSS ; ajuster les liaisons entre régulation et structures Réunion n°1 → Retour sur l'activité 2016 Réunion n°2 → Liaison avec le SIAO
Pédopsychiatrie et précarité	Pilote : Dr Patricia DO DANG, cheffe de pôle I04, EPSM AL Participants : Diogène, I06, I07, I04, Accueil de jour Eole	3	Suivi des circuits d'orientation vers les secteurs de pédopsychiatrie, Suivi des orientations et prises en charge, échanges de pratiques Réunion n°1 → Rencontre partenaire GRDR Réunion n°2 → Projet consultation transculturelle, besoins de formation, suivi des situations, besoins en interprètes Réunion n°3 → Echange de pratiques autour de cas concret
Dossier Social Partagé	Participants : EPSM AL, GHICL, CHRU, EPSM AL, ABEJ, MSL, CMAO et Diogène	1	Instance de suivi de l'interface du Réseau. Réunion n°1 → Etat des lieux des usages de l'outil, plan d'action à définir
Patient traceur	Participants : MSL, ABEJ, EPSM AL, CHRU	2	Mettre en œuvre une méthodologie d'identification des parcours de santé des bénéficiaires du RSSLM, et des interfaces dans le cadre de ces parcours. Réunion n°1 → validation des outils et des typologies de parcours Réunion n°2 → rencontre de l'équipe pluridisciplinaire autour du parcours n°1
Site internet	Participants : EPSM AL, CHRU	1	Suivi de production du nouveau site internet
Interprétariat	Participants : MSL, Diogène, PDM, GHICL, ABEJ, DTV	2	Suivre le dispositif existant, ajuster le fonctionnement et les pratiques, rechercher des modalités de développement du dispositif (usages, financements) Réunion n°1 → Réunion de suivi Réunion n°2 → Visite d'un dispositif d'interprétariat médico-social
Ethique	Participants : ERER, CHRU, ABEJ, EPSM AL	1	Amorcer une réflexion éthique sur les problématiques rencontrées au sein du RSSLM Réunion n°1 → Définir la thématique, envisager les modalités d'organisation d'un temps d'échange sur le sujet du refus de soins

Annexe n°8

Groupe de travail patient traceur
Compte-rendu et outils



Réseau santé solidarité
Lille métropole

Compte rendu réunion « patient traceur » 9 mai 2017, salle de réunion, Direction générale, EPSM AL



Personnes présentes :

Christelle LEMAIRE, coordinatrice RSSLM – Sabrina PLANQUETTE, Ingénieur qualité, CHRU – Sylvie BONTEMPS, responsable service social, CHRU – François CAPLIER, secrétaire général, EPSM AL – Anne-Sophie CASTRONOVO, Ingénieur qualité, EPSM AL – Dr Marie-Laure FRYS, Médecin généraliste MSL, coordinatrice médicale RSSLM – Maïta DUBOIS, Présidente, MSL – Rolande RIBEAUCOURT, directrice Pôle Santé ABEJ

Personnes excusées :

Dr Christian MATTON, médecin ABEJ, coordinateur médical RSSLM – Silvana SION, responsable service social, GHICL

Rappel du contexte :

Les membres du comité de pilotage en décembre 2016 ont acté l'engagement du RSSLM dans une démarche qualité en s'appuyant sur la mise en œuvre de la méthodologie patient traceur. Les ingénieurs qualité Anne-Sophie CASTRONOVO et Sabrina PLANQUETTE des établissements hospitaliers de l'EPSM AL et du CHRU Lille accompagnent le RSSLM dans cette initiative.

Une première rencontre a eu lieu entre les ingénieurs qualité afin de dégager des typologies de parcours à investir. Une fiche projet, des grilles et guides d'entretiens et trois typologies de parcours sont soumis aux membres du groupe de travail comme base d'échanges.

Objet de la rencontre :

- 1/ Valider les typologies de parcours
- 2/ Valider les outils supports : grilles d'entretien en particulier
- 3/ Définir la méthodologie : proposition au patient, organisation des rencontres, etc
- 4/ Valider un calendrier de réalisation

1/ Les typologies de parcours :

Suite aux échanges, trois typologies de parcours sont validés :

- a) Porte d'entrée RSSLM : MSL → hospitalisation (GHICL ou CHRU Lille) → suivi ambulatoire post hospitalier (par ex : remise du traitement) à MSL
Il pourrait s'agir de **la prise en charge d'une grossesse d'une femme rom.**
MSL → CHRU ou GHICL → MSL
- b) Porte d'entrée RSSLM : Centre de santé ABEJ → orientation et admission en LHSS (toutes structures confondues) -> orientation vers une prise en charge en addictologie
ABEJ → LHSS → addictologie
- c) Porte d'entrée Urgences hospitalières (GHICL ou CHRU) → hospitalisation (CHRU ou GHICL) → orientation et admission en LHSS
GHICL ou CHRU → LHSS

La coordinatrice étudiera les situations abordées lors des interventions santé précarité afin de voir si certaines typologies de parcours correspondent à celles définies pour la démarche patient traceur du RSSLM, auquel cas, ces situations seront soumises aux structures participant au projet.

Dans le cadre des échanges, il est rappelé que la démarche « patient traceur » est une démarche qualité qui a pour objectif, à l'appui d'une analyse d'un parcours, étayée par l'expérience du patient et des intervenants, de produire des pistes d'amélioration dans la prise en charge.

Rolande RIBEAUCOURT rappelle que les motivations du RSSLM à s'engager dans cette démarche résidaient avant tout dans la mise en œuvre d'un outil permettant de mieux identifier les parcours de santé des bénéficiaires, d'identifier, objectiver et analyser les interfaces entre les membres du RSSLM dans la prise en charge globale de la personne. L'aspect de l'amélioration de la qualité est un objectif qui vient s'ajouter aux objectifs initiaux portés par le RSSLM.

François CAPLIER indique que l'identification des interfaces au sein des parcours de santé est préconisée dans le cadre des recommandations de l'HAS.

Ce travail permettra d'identifier les éventuelles ruptures et risques du parcours.

2/ Outils supports

Cf. Annexes au Compte-rendu

Sabrina PLANQUETTE et Anne Sophie CASTRONOVO ont travaillé à l'adaptation des outils existants utilisés pour Le patient traceur en ville. Les participants relèvent un certain nombre d'items (contenus et formulations) qui ne semblent pas adaptés au public pris en charge au sein du RSSLM.

Les grilles d'entretien patient et professionnels font l'objet d'une relecture afin d'aboutir à des outils davantage adaptés au public, circonstances et réalité de l'offre d'accompagnement dont les usagers sont susceptibles de bénéficier.

Cf. Annexe, grilles corrigées.

3/ Préconisations sur la méthodologie :

Sélection des patients :

- il paraît difficile de fixer la maîtrise du français comme un critère de sélection des situations. Compte tenu du public accueilli, en particulier pour MSL, ce filtre n'est pas pertinent car il écarte une part importante de la patientèle de MSL. Dans le cadre de l'entretien « patient traceur », il sera possible de solliciter la présence d'un interprète → **Ne pas exclure d'emblée les situations des personnes non francophones**
- Ne pas sélectionner un patient dont la prise en charge est trop lointaine dans le temps.
- Ne pas sélectionner une situation qui serait « aigüe » au moment des démarches d'entretien

Processus :

- Sélectionner un à deux parcours (pour anticiper un éventuel refus de la part du patient)
- Décrire le parcours (chronologie, identification des intervenants, etc .)
- Solliciter l'accord du patient :
 - La proposition de participation à l'action « patient traceur » doit être faite par un professionnel soignant.
Comment aborder cette question avec le patient ? Expliquer qu'il s'agit de recueillir son ressenti sur la prise en charge qui s'est organisée, sur les soins apportés. Rappeler que l'entretien n'interviendra pas directement sur sa prise en charge, qu'il n'y aura pas de conséquences.
Lui indiquer qu'un professionnel de santé ne participant pas directement à la prise en charge l'accompagnera dans le cadre de cet entretien.
Consigner l'accord du patient dans son dossier.
- Organisation de l'entretien avec le patient : ingénieur qualité + coordinatrice RSSLM et professionnel de santé ne participant pas directement à la prise en charge. L'entretien est d'une durée variable. D'une vingtaine de minutes à une heure.
- Organisation de l'entretien avec l'équipe RSSLM pluridisciplinaire ayant participé à la PEC + ingénieur qualité + coordinatrice RSSLM + médecin RSSLM (selon les typologies : différents établissements ou structures seront représentés). Les différentes fonctions sont sollicitées à participer à cette réunion (travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, etc.). Temps d'échange, de recueil d'informations sur l'intervention des professionnels et d'analyse du parcours du patient.
- Après un travail d'analyse des parcours, un retour sera fait auprès de l'équipe.

4/ Calendrier de mise en œuvre :

Parcours porte d'entrée MSL en juin 2017

Parcours porte d'entrée ABEJ en septembre 2017

Le dernier parcours porte d'entrée urgences en décembre 2017

Question	Réponse	Points forts	Axes d'amélioration
IDENTIFICATION DES MALADIES ET EVALUATION DES PROBLEMES DE SANTE			
<i>Quel est le mode d'entrée du patient dans le réseau ?</i>			
<i>Avez-vous en votre possession tous les éléments nécessaires à sa prise en charge (courrier d'hospitalisation, ordonnance traitement personnel..) ?</i>			
<i>Y a-t-il eu une évaluation globale de la situation de la personne sur le plan médical, physique, psychologique, social, environnemental, économique ?</i>			
REPERAGE DES COMPLEXITES DE LA SITUATION			
<i>Selon vous, l'évaluation a-t-elle permis de repérer les éléments d'une situation complexe (présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux ou économiques susceptibles de perturber le parcours du patient ou d'aggraver son état de santé et qui nécessite l'intervention régulière et coordonnée de plusieurs professionnels) ?</i>			
<i>Ces éléments sont-ils tracés dans le dossier du patient ?</i>			
DEF DES OBJ DE LA PEC ET DES INTERVENTIONS, HIERARCHISATION DES OBJ ET OPTIMISATION THERAPEUTIQUE			
<i>L'élaboration de la stratégie de prise en charge (ex : plan personnalisé de soins) a-t-elle permis de répondre aux besoins de la personne et de définir des objectifs de prise en charge (partage d'informations entre professionnels, concertation, orientation, etc.) ?</i>			
<i>Comment ont été définies et organisées les interventions – soins ou séances –, avec les différents professionnels de soins (soins infirmiers, kinésithérapie, diététique, orthophonie, ergothérapie, pédicure-podologie, chirurgie dentaire, etc.) et autres professionnels, par exemple pour atteindre les objectifs ?</i>			
<i>Les objectifs thérapeutiques ont-ils été discutés avec le patient en regard des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses (activité physique, diététique, éducation thérapeutique, etc.) ? Des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie ?</i>			
<i>Y a-t-il eu concertation des professionnels de santé sur ces objectifs et interventions de soins ?</i>			
<i>Un référent a-t-il été identifié pour suivre ces objectifs ? (à voir selon le parcours)</i>			
PRISE EN CHARGE SOCIALE			
<i>Une aide sociale a-t-elle été mise en place pour ce patient</i>			
<i>Un diagnostic social a-t-il été réalisé et tracé dans le dossier ?</i>			
<i>des réponses ont-elles pu être apportées au patient ?</i>			

Quels types d'actions ont été mis en œuvre dans le cadre du travail social pour concourir à soutenir la santé du patient (recouvrement des droits, restauration du lien social, soutien à l'organisation des liens familiaux et sociaux, processus de réinsertion, orientation) ?			
L'accompagnement social du patient a-t-il nécessité des échanges d'informations avec d'autres professionnels du champ social ? avec les professionnels du secteur sanitaire ? Cela a-t-il abouti à une co-construction du projet individuel du patient, une orientation, la recherche de solutions ?			
Le travailleur social en charge de la situation s'est-il manifesté auprès des soignants ? afin de les informer des actions mises en œuvre pour le patient ?			
Des temps d'échange sur la prise en charge sociale du patient sont ils mis en place ? (réunion.)			
Un dossier social partagé a-t-il été mis en place ?			
INFORMATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE			
Comment informez-vous le patient de son adhésion au réseau ?			
Recueillez-vous son consentement (écrit, oral) ?			
Comment vous assurez vous de la compréhension des informations par le patient ou son entourage ?			
Concernant les informations délivrées au patient, que faites-vous figurer dans le dossier du patient ?			
Des documents d'information sont-ils remis au patient ?			
La carte d'adhésion au réseau a-t-elle été remise au patient			
Avez-vous transmis au patient les numéros des contacts utiles au sein du réseau ?			
RECHERCHE BENEFILES / RISQUES			
Y a-t-il eu une hiérarchisation des objectifs fixés (recherche d'un juste équilibre entre les priorités de la personne, celles des intervenants et le maintien de la qualité de vie, balance bénéfice-risque)			
PLANIFICATION INTERVENTIONS SANITAIRES ET AIDES NECESSAIRES			
Comment est planifiée l'hospitalisation du patient?			
CONCERTATION ENTRE PROFESSIONNELS ET PARTAGE DES INFORMATIONS ENTRE PROFESSIONNELS			
Comment s'organise le partage des informations entre les différents professionnels au sein du réseau (évaluation, bilan, suivi, etc.) ?			
Comment s'organise le partage des informations entre les différents professionnels des secteurs sanitaire, social et médicosocial (évaluation, bilan, suivi, etc.) ?			
Avez-vous accès à un annuaire partagé des ressources de votre territoire et à un référentiel des missions des professionnels des autres secteurs ?			
Y a-t-il une organisation mise en place (alerte, recours) en cas de changement de l'état de santé ou de problèmes ou de difficultés pour le patient ? Laquelle ?			
En cas d'hospitalisation programmée, transmettez-vous une synthèse à l'établissement (lettre d'adressage) ?			
En cas d'hospitalisation non programmée, le médecin et l'équipe ont-ils été contactés par l'hôpital ?			
Le jour de la sortie d'hospitalisation :			

<i>o un document de sortie est remis au patient ou les informations sont-elles transmises aux professionnels de ville ?</i>			
<i>o un suivi renforcé en ville est-il mis en place ?</i>			
DESIGNATION D'UN REFERENT POUR SUIVRE LEUR EFFECTIVITE			
<i>Un travailleur social référent est-il identifié ?</i>			
<i>Un médecin référent est-il identifié ?</i>			
COORDINATION CLINIQUE ET CONTINUITÉ DES SOINS			
<i>Pouvez-vous décrire la manière dont a circulé l'information concernant le patient dont nous étudions le parcours ? pensez-vous qu'il faille améliorer cet aspect ?</i>			
<i>Quelles sources d'information ont été mises à disposition des différents intervenants (lettre de liaison, messagerie sécurisée, carnet de santé, autres) ?</i>			
<i>Y a-t-il eu des circonstances ou des moments dans la prise en charge du patient où l'information nécessaire à la continuité des soins vous a manqué pour agir ?</i>			
<i>Pouvez-vous décrire ce qui vous a permis, ou non, de poursuivre la prise en charge lors de la sortie du patient de l'hôpital (document de sortie, contact direct, etc.) ?</i>			
<i>Qu'est-ce qui a été transmis aux équipes de soins en cas d'orientation vers le service des urgences ou vers un service de soins en établissement de santé ?</i>			
<i>Comment était assurée la permanence des soins pour ce patient (par exemple, le patient sait qui contacter quand un nouveau problème de santé survient ou un résultat d'examen non conforme à ce qui est attendu ? Un professionnel est-il désigné comme référent pour le patient ?</i>			
<i>Comment s'articulent soins et interventions sociales ou médicosociales pour ce patient ? Est-il nécessaire de désigner un référent pour le patient ?</i>			
THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES			
<i>Quelle démarche avez-vous utilisé le cas échéant pour optimiser les thérapeutiques médicamenteuses ?</i>			
<i>Comment s'organiser la prise en charge médicamenteuse au sein du réseau ?</i>			
<i>Un apprentissage de la gestion du traitement par le patient ou l'entourage a-t-il été réalisé ?</i>			
EXAMENS COMPLEMENTAIRES OU DE ROUTINE			
<i>Une information claire a été donnée au patient lors de la prescription d'examens complémentaires ou de routine ?</i>			
<i>Quelle démarche avez-vous mise en place pour la gestion des résultats des examens prescrits ou dont vous avez reçu les résultats et pour la décision qui s'en suit ? A qui sont envoyés les résultats (prescripteurs, patients) ? Quelle est la démarche à suivre à la réception des résultats ?</i>			
<i>Est-ce que vous aviez toutes les informations nécessaires à la réalisation ou l'interprétation des résultats des examens ?</i>			
SUIVI ETAT DE SANTE ET EVOLUTION DE LA SITUATION DU PATIENT			

<i>Y a-t-il eu une recherche de solutions en cas de besoins non satisfaits, de besoins d'aides à la vie quotidienne, de besoins d'accompagnement social ?</i>			
<i>Comment s'est-elle faite ?</i>			
<i>Y a-t-il eu une organisation mise en place pour assurer :</i>			
<i>le suivi de l'état de santé et de la situation du patient sur le plan physique, psychologique, social, environnemental (par exemple : identification d'un référent, mise en place d'une surveillance clinique à domicile par une infirmière) ?</i>			
<i>le suivi médical de la maladie (par exemple : rendez-vous de suivi programmé à l'avance) à quel rythme ?</i>			
<i>les effets des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses comme une activité physique, des conseils diététiques, une éducation thérapeutique ?</i>			
<i>les effets de l'accompagnement social ?</i>			
GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES			
<i>Si un événement indésirable est survenu, comment vous êtes-vous interrogé sur ce qui s'est passé ? Qu'avez-vous fait ?</i>			
<i>Y a-t-il eu un retour d'expérience au sein du réseau ?</i>			
<i>Comment le patient a-t-il été informé ?</i>			

	Question	Réponse	Points forts	Axes d'amélioration
DÉBUT DE L'ENTRETIEN				
	<i>Globalement êtes-vous satisfait de l'organisation des soins et des aides proposés?</i>			
	<i>Comment s'organisent vos soins et le suivi de votre état de santé ? l'articulation des différents professionnels vous prenant en charge, les aides à la vie quotidienne ?</i>			
	<i>Globalement, êtes-vous satisfait de l'organisation des soins et/ou des aides proposées ? des délais pour obtenir des rendez-vous (dentiste par exemple) ?</i>			
	<i>Comment s'est passé votre adhésion au réseau santé solidarité Lille Métropole</i>			
	<i>Vous a-t-on expliqué demandé de décliner votre identité et les raisons d'une bonne identité patient ?</i>			
DÉROULEMENT DE VOTRE PARCOURS				
Concernant les informations qui vous ont été donnée				
	<i>Savez-vous que vous faites partie du réseau santé solidarité Lille Métropole ? Vous a-t-on remis une carte avec le numéro du réseau ?</i>			
	<i>Avez-vous été informé des modalités de prise en charge au sein du réseau ?</i>			
	<i>Avez-vous été informé de la communication des données sur votre santé au sein du réseau ? (ex : discussion en réunion de synthèse) ?</i>			
	<i>Avez-vous le plus souvent toutes les informations dont vous aviez besoin pour comprendre vos soins, traitements, examens ou ceux prodigués à votre enfant ou à un proche, etc. ?</i>			
	<i>Les explications obtenues étaient-elles suffisamment claires ? Ces informations étaient-elles cohérentes d'un professionnel à l'autre ? Etiez-vous satisfaits de la communication entre ces différents professionnels ?</i>			
	<i>Ces informations sont-elles cohérentes d'un professionnel à l'autre ?</i>			
	<i>Les professionnels sont-ils suffisamment disponibles ?</i>			
	<i>Comment a-t-on recueilli vos souhaits (question à moduler en fonction des patients) ? Vos attentes ? Vos besoins ont-ils été pris en compte par la suite ?</i>			
	<i>En cas de difficultés ou d'imprévus, saviez-vous à qui poser vos questions ou vers qui vous tourner ?</i>			
Concernant l'accompagnement social :				
	<i>Avez-vous rencontré un travailleur social ? A quel moment (lors du 1er rendez vous / rapidement) ?</i>			

<i>Vous a-t-on expliqué les démarches administratives pour accéder aux droits ?</i>			
<i>Avez-vous l'impression que l'on a pris en compte votre situation ?</i>			
<i>Les solutions apportées ont-elles répondu à vos besoins ou à vos attentes ? soutien moral ? sur du court ou long terme ?</i>			
<i>Avez-vous été associé, vous ou vos proches, aux choix des solutions ?</i>			
<i>Avez-vous eu des solutions dans un délai raisonnable en fonction de vos besoins ?</i>			
Concernant l'orientation au sein du parcours (santé, social, médico-social, aide à la personne) :			
<i>Vous a-t-on informé des délais de réponses à vos demandes d'aides et de soins, et ce qui pouvait être mis en place dans l'attente de réponses ?</i>			
<i>Vous a-t-on informé des lieux auxquels vous deviez vous rendre ? Vous a-t-on remis les outils vous permettant d'y accéder (exemple : ticket bus/ métro) ? Avez-vous eu des difficultés pour vous rendre aux rendez-vous ? Vous a-t-on proposé de l'aide pour vous y conduire ?</i>			
Concernant les liens entre les professionnels qui interviennent :			
<i>Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont été transmises entre les professionnels ? des retours d'information ? Des liens entre les différentes structures ?</i>			
<i>Y a-t-il eu des moments où vous avez perçu un dysfonctionnement entre les professionnels ?</i>			
<i>Pouvez-vous préciser à quelle occasion ? Comment cela a-t-il été résolu ?</i>			
VOS SOINS ET VOS AIDES			
Concernant les examens : prises de sang, radiographie, etc. :			
<i>Comment les résultats vous sont-ils parvenus et sont-ils parvenus au médecin qui vous suit ? Avez-vous eu des difficultés :</i>			
<i>-À obtenir un rendez-vous ?</i>			
<i>-À obtenir les résultats ?</i>			
<i>-Pour que vous soient expliqués les résultats ?</i>			
<i>-Pour savoir ce que vous deviez-faire ?</i>			
Concernant les médicaments			
<i>Pensez-vous avoir été bien informé sur les médicaments qui vous ont été prescrits ?</i>			
<i>En cas de difficultés saviez-vous vers quel interlocuteur vous tourner ? le pharmacien d'officine ou autre professionnel de santé de proximité ?</i>			
<i>Avez-vous eu des difficultés pour obtenir ces médicaments ?</i>			
Concernant les changements à apporter à votre mode de vie (A voir en fonction du parcours choisi):			
<i>Quels conseils vous ont été donnés (selon la situation) ? pensez-vous avoir été bien informé ?</i>			
Concernant une éducation à la santé			
<i>Avez-vous eu des moments d'échanges pour mieux comprendre votre maladie</i>			

Recueil des propositions du patient			
<i>Quelles solutions pourriez-vous proposer pour améliorer votre prise en charge, vos soins, votre situation ?</i>			
<i>Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont circulé entre les professionnels ?</i>			
<i>Y a-t-il eu des moments où vous avez perçu un dysfonctionnement ?</i>			
<i>Pouvez-vous préciser à quelle occasion ?</i>			
<i>Comment cela a-t-il été résolu ?</i>			
<i>Avez-vous des suggestions à apporter ?</i>			

Annexe n°9

Etat des dépenses au 31-12-2017



RESEAU SANTE SOLIDARITE

SITUATION AU 31/12/2017

RECETTES

Cpte 7488 Autres subventions

Subvention	Dates prévues	Prévu	Payé	Solde	Versée le
1er versement	31/12/2017	121 384,00	121 384,00	0,00	31/12/2017
2ème versement				0,00	
3ème versement				0,00	
4ème versement				0,00	
5ème versement				0,00	
Subvention Ville Lille				0,00	
Totaux		121 384,00	121 384,00	0,00	

DEPENSES

	Budget	Payé	Solde
Investissement			
Amortissements			
Frais généraux	12 684,00	8 216,67	4 467,33
Salaires	92 700,00	94 454,66	-1 754,66
<i>Chargé de mission</i>	46 900,00	46 725,75	174,25
<i>Pers médical</i>	45 800,00	47 728,91	-1 928,91
Formation			
Total EPSM AL	105 384,00	102 671,33	2 712,67
Subvention ABEJ	16 000,00	16 000,00	0,00
Total subvention	121 384,00	118 671,33	2 712,67

Versement de la subvention aux associations

Montant total Prévu		ABEJ (frs 72 293)				
ABEJ	Montant	Quotité	Date Prév	Date réelle	Liq/ Mand	Montant
1er versement	16 000,00	100,00%	18/12/2017	18/12/2017	1592/9738	16 000,00
2e versement		0,00%				
3e versement		0,00%				
	16 000,00	100,00%			Total versé	16 000,00
					Solde	0,00

Annexe n°10

Convention de mise à disposition
ABEJ/RSSLM/EPSM AL



Réseau santé solidarité
Lille métropole



CONVENTION DE MISE A DISPOSITION DE PERSONNEL

Entre

L'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise, promoteur du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM), BP 4, 59871 Saint-André-Lez-Lille Cedex, représenté par Monsieur Jean-Marie MAILLARD, directeur général,

Et

L'ABEJ-Solidarité, 9 rue Cordonnier, 59000 Lille, représentée par Monsieur Hugues DELEPLANQUE, président,

Vu la convention constitutive du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM), signée le 9 mars 2005, dont l'ABEJ-Solidarité et l'EPSM de l'agglomération lilloise figurent parmi les membres fondateurs et pour lequel l'EPSM de l'agglomération lilloise agit en qualité de promoteur.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 : OBJET

Dans le cadre de l'article 9 de la convention constitutive du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM), promu par l'EPSM de l'agglomération lilloise, L'ABEJ-Solidarité met à la disposition du Réseau le Dr Christian MATTON, médecin généraliste, salarié de l'association.

Le Dr Christian MATTON aura pour mission d'assurer la coordination médicale du RSSLM à hauteur de 0,3 ETP.

Article 3 : DISPOSITIONS GENERALES

Le Dr Christian MATTON demeure salarié de l'ABEJ-Solidarité et à ce titre, continue à être géré et rémunéré par celle-ci. Il reste placé sous l'autorité hiérarchique de l'association qui assure le déroulement de carrière de l'intéressé ainsi que la gestion de son poste conformément aux règles de fonctionnement de l'établissement employeur (conditions de travail, congés, pouvoir disciplinaire...).

Les fonctions de coordination médicale de Dr Christian MATTON au sein du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole sont placées sous l'autorité fonctionnelle du Comité de Pilotage du RSSLM au sein duquel siège chacun des membres fondateurs.

La coordination médicale exercée par le Dr Christian MATTON s'appuie sur la coordination générale et administrative du réseau.

Article 4 : DISPOSITIONS FINANCIERES

L'EPSM de l'agglomération lilloise, en qualité de promoteur du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole, s'engage à financer la mise à disposition de ce poste par l'ABEJ Solidarité par un versement annuel fixé à 16 000 euros (seize mille euros), correspondant aux charges salariales du temps de travail du Dr MATTON pour le réseau.

Article 5 : ASSURANCE

Dans le cadre de la présente convention, le Dr MATTON reste couvert par les assurances souscrites pour son activité par l'ABEJ Solidarité.

Article 6 : DUREE

La présente convention est établie pour une durée initiale d'un an à compter du 01/01/2017. Elle sera renouvelable tacitement dans les mêmes conditions, après évaluation annuelle du fonctionnement du RSSLM. Elle peut être dénoncée à la demande de l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception avec un préavis de trois mois.

Pour l'ABEJ-Solidarité,

Hugues DELEPLANQUE

Pour l'EPSM de l'agglomération lilloise, promoteur
du réseau santé solidarité Lille Métropole

Jean-Marie MAILLARD

Annexe n°11

Compte-rendu des réunions du
Comité de pilotage du RSSLM





**Compte Rendu du Comité de pilotage
du vendredi 27 janvier 2017
EPSM de l'agglomération lilloise**

Présents : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - M. CAPLIER, Secrétaire général, EPSM de l'Agglomération Lilloise - M. PAILLEUX, ABEJ, Directeur ABEJ - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - Mme RIBEAUCOURT, ABEJ, Directrice pôle santé - M. RYBINSKI, directeur CMAO – Mme SION, GHICL- Coordinatrice Service Social– Louise SCHMIDT, stagiaire pôle santé ABEJ

Excusés : Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille – Dr MATTON, ABEJ - Coordination médicale du réseau - M. MAILLARD, Directeur EPSM de l'Agglomération Lilloise Promoteur du Réseau représenté par M. CAPLIER, Secrétaire général, EPSM de l'Agglomération Lilloise -me DUBOIS, MSL, Présidente - Mme CHEHROURI, Mairie de Lille- service Solidarité Santé - Dr KORNOBIS, médecin généraliste URPS ML- M. CREPEL, Mairie de Lille, conseiller municipal, élu à la santé- Mr MAHE, EPSM de l'Agglomération Lilloise, Responsable de la filière socio-éducative - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO- Mme DE PAUW, directrice pôle santé publique URPS

ORDRE DU JOUR

- Validation du précédent compte-rendu
- Validation du planning d'activités du 1er semestre 2017
- Activité de biologie du CHRU pour l'ABEJ et MSL
- Arrêt de l'activité de domiciliation de l'ABEJ
- Restitution du groupe de travail "trame du rapport d'activité du RSSLM"
- Organisation de l'assemblée générale
- Information sur l'attente du CPOM

➤ **Informations :**

- **Habitats partagés à Roubaix (GAPAS en partenariat LMH)**, logement pour des personnes souffrant d'un handicap psychique (le cumul des PCH des habitants permet de financer des aides mutualisées à domicile ainsi que 0,5 ETP de coordination). Expérience et dispositif intéressant, visité par l'EPSM AL dans le cadre des activités du CLSM.

Discussion

Le RSSLM propose d'organiser une visite du dispositif pour les membres du comité de pilotage qui seraient intéressés.

- **Parcours de soins fléchés pour les MIE.** MSL a été sollicité par la plateforme d'Evaluation et de Mise à l'Abri (EMA portée par le département) afin d'accueillir systématiquement tout MIE qui est en cours d'évaluation. MSL a finalement refusé d'intégrer ce parcours considérant qu'il ne pouvait positionner la consultation médicale comme une étape obligatoire de l'évaluation du département.

1 - Validation du compte-rendu du 15 décembre 2016

Discussion

Le compte rendu du comité de pilotage du 15 décembre est validé.

2 – Validation planning d'activité du RSSLM

Annexe n°1, planning d'activité du RSSLM – 1^{er} semestre 2017

3 – Activité de Biologie CHRU pour MSL et ABEJ

Le CHRU de Lille a transmis les éléments chiffrés de l'activité de biologie pour 2016. Si chaque année, cette activité est en hausse, en 2016, cette augmentation est décrite comme significative par le CHRU.

- MSL 53 480 euros (+33%)
- ABEJ 34 889 euros (+29%)

Discussion :

Le CHRU s'interroge sur la hausse substantielle des actes de biologie réalisés par ses services pour MSL et l'ABEJ. Cette hausse d'activité est constatée dans un contexte de diminution des crédits réservés à la coordination de la PASS transversale (financement ARS).

Le CHRU envisage le rapatriement des postes déployés sur le dispositif PASS transversale ainsi que l'arrêt des activités CHRU pour les centres de santé de MSL et de l'ABEJ (biologie, radiologie et consultations spécialisées) si l'ARS confirme la baisse des financements.

Une prochaine rencontre sur le dispositif de la coordination de la PASS transversale aura lieu entre le CHRU et l'ARS.

Le RSSLM est en veille sur cette question et peut soutenir (envoi d'un courrier) la démarche du CHRU en faveur d'une demande de maintien des crédits.

Concernant la hausse de l'activité de biologie, elle ne s'explique pas par une hausse de file active des centres de santé ou une hausse de l'activité médicale (FA et actes médicaux 2016 sont équivalents à ceux de 2015). MSL indique que cette situation peut s'expliquer par l'évolution du public accueilli (personnes issues de l'Afrique Subsaharienne pour lesquelles les sérologies sont plus fréquemment préconisées).

Le pôle santé de l'ABEJ rappelle que parmi les actes de biologie sollicités par le centre de santé, une partie d'entre eux est facturable. Il serait intéressant de connaître le ratio facturable/non facturable.

Il est proposé d'organiser une rencontre entre MSL/ABEJ/CHRU (Sylvie Bontemps et Dr Trottin) et le RSSLM.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'avoir des éléments chiffrés plus détaillés (type d'actes, ...). Une demande conjointe MSL et ABEJ sera relayée auprès du service de biologie afin d'obtenir ces éléments en amont de la rencontre et de pouvoir en échanger avec les prescripteurs des deux centres.

Parallèlement, il est préconisé de mettre en place un « tableau de bord de suivi mensuel » afin de suivre l'activité de biologie sur chacune des structures.

A noter que la convention cadrant ce recours à la biologie du CHRU pour MSL et l'ABEJ arrive à son terme en 2017. Dans le cadre du renouvellement de la convention, il est proposé de soumettre une convention portée par le RSSLM qui aurait la charge de l'évaluation.

Enfin Silvana Sion recommande à MSL d'intégrer les outils de traçabilité de l'activité PASS dans son fonctionnement (logiciel PASS mis en place par l'ARS) ; MSL se rapprochera du secrétariat PASS GHICL (Houria Khedim) afin de prendre connaissance de cet outil.

4 – Arrêt de l'activité de domiciliation de l'ABEJ

Le pôle accueil de l'ABEJ Solidarité a diffusé l'information d'une réduction de certains services rendus aux personnes, la domiciliation postale notamment.

Extrait du mail diffusé par le pôle accueil de l'ABEJ

[...]Nous sommes au regret de vous informer que, suite à des difficultés financières, l'Accueil Solférino est contraint de réduire certains services rendus aux personnes, et en particulier la domiciliation postale.

Cette prestation concerne 2 725 personnes. Depuis le 10 janvier 2017, nous ne procédons plus à aucune nouvelle domiciliation. Les personnes ont jusqu'au 31 mars 2017 pour faire leur changement d'adresse. Passé cette date, tous les courriers reçus seront renvoyés à l'expéditeur. [...]

Discussion :

Dans un contexte de diminution des financements de l'état, l'ABEJ a supprimé 2 ETP (secrétariat/accompagnement) et met fin à son activité de domiciliation. L'association va, néanmoins, renouveler sa demande d'agrément et se réservera une possibilité de faire la proposition de ce service aux personnes les plus désocialisées et les moins autonomes. L'ABEJ n'est pas la seule association à être en difficulté sur cette activité. La Sauvegarde du Nord l'arrête également. La domiciliation par Eole est également menacée.

Pour rappel, un décret sur la domiciliation est paru en 2016, celui-ci réaffirmait la compétence des CCAS en la matière. Si le CCAS de Lille domicilie en effet, ce n'est pas le cas de l'ensemble des CCAS du territoire. Or le CCAS de Lille ne pourra pas absorber la totalité de l'activité des associations, à la fois en termes de volume et d'adaptation au public. Une des difficultés qui se posera pour le public en grande précarité est de pouvoir justifier sa résidence ou son lien effectif avec la commune.

La domiciliation pose un enjeu très important, il est l'élément indispensable à l'ouverture des droits, jalon incontournable pour l'accès

aux droits et donc pour la formalisation d'un parcours de santé. IL Y A DONC UN RISQUE EVIDENT sur lequel le RSSLM restera en veille.

Des rencontres auront lieu entre la DDCS, la mairie de Lille et les associations sur cette problématique. Patrick PAILLEUX restituera cette rencontre aux membres du comité de pilotage afin de les tenir informés.

Les établissements hospitaliers sont également invités à rencontrer la DDCS le 28/02 afin d'aborder cette problématique, il sera important d'alerter l'état sur les risques induits par cette réorganisation de la domiciliation provoquée par la contraction budgétaire.

5 – Restitution du groupe de travail « trame du rapport d'activité RSSLM »

Annexe n°2 – CR Rencontre GDT « trame du rapport d'activité RSSLM » du 25/01/2017

Discussion :

Un groupe de travail s'est réuni le 25 janvier pour travailler sur l'évolution du rapport d'activité nécessitant d'intégrer de manière plus visible le travail de coordination des centres de santé.

A l'issue de ce premier temps de réflexion, il a été décidé :

- modifier la terminologie**
- introduire le fonctionnement du RSSLM, ses instances et principes d'organisation dans la première partie du rapport d'activité**
- intégrer comme fil conducteur à la présentation de l'activité un parcours d'une personne (comme avait pu le faire il y a quelques années la CMAO dans son rapport d'activité).**

La démarche du patient traceur est lancée. Une première rencontre a eu lieu entre la coordinatrice du RSSLM et les ingénieurs qualité de l'EPSM AL et du CHRU.

Il a été identifié différents parcours dont deux qui partiraient de chacun des centres de santé (ABEJ et MSL). Il sera nécessaire de ne pas retenir des situations extrêmement complexes.

Les outils nécessaires à la mise en œuvre sont en cours de réalisation (guide des entretiens, fiche projet), ils seront transmis dès que possible aux membres du comité de pilotage.

Ce travail permettra d'identifier les risques de rupture dans le parcours.

6 – Organisation de l'assemblée générale

La date, forme et contenu de l'assemblée générale du RSSLM restent à définir pour 2017.

Discussion :

La date retenue pour l'Assemblée générale est le 29 juin. L'organisation reste à préciser. Une action de solidarité pourrait être le fil rouge de l'AG.

Patrick Pailleux suggère la réalisation d'un film court (animation d'une minute environ) qui présente le RSSLM (l'ABEJ a sollicité la réalisation d'un film de ce format pour une collecte de fonds). Le film présenté, à titre d'exemple, est apprécié par les membres du comité de pilotage. Le coût est accessible (env. 2000 €).

Dans le cadre de cette discussion, au-delà de l'organisation de la prochaine assemblée générale, des idées émergent... en particulier celle d'un calendrier composé de portraits d'utilisateurs qui pourrait être diffusé en fin d'année.

7 – Point d'information CPOM

Cf. Annexe n°3 mail de Magali Brévert, ARS, Janvier 2017

Comme convenu lors du dernier comité de pilotage, le RSSLM a transmis à Mme Brévert, ARS, des propositions complémentaires d'orientations ou d'actions à inscrire dans le cadre du CPOM.

Aucune proposition de CPOM n'a encore été communiquée par l'ARS.

Discussion :

Rolande Ribeaucourt souhaite que le RSSLM contacte la référente « prévention » de l'ARS, comme l'y invite Mme Brévert, afin de connaître précisément les actions de prévention.

Il est également proposé d'inviter Mme Ringler, chargée de mission précarité à l'ARS et Mme Brévert à venir visiter les centres de santé (MSL et ABEJ) ainsi que les LHSS.

Prochaine réunion du comité de pilotage :

Le jeudi 23 mars de 14h30 à 16h30

Salle de réunion CMAO/Diogène/RSSLM, Bât B, 3^{ème} étage

EPSM AL – Site de Lommelet à Saint André Lez Lille



**Compte Rendu du Comité de pilotage
du jeudi 23 mars 2017
EPSM de l'agglomération lilloise**

Présents: Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - M. PAILLEUX, Directeur ABEJ Solidarité - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau – Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau, Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - M. RYBINSKI, directeur CMAO -- Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL- Mme DUBOIS, Présidente, MSL - Mme CHEHROURI, Directrice des solidarités et de la santé, Mairie de Lille – Louise SCHMIDT, stagiaire ABEJ Solidarité.

Excusés: Mme DE PAUW, directrice URPS ML - Mr MAHE, Responsable de la filière socio-éducative, EPSM de l'Agglomération Lilloise - M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML- Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO-

ORDRE DU JOUR

- Validation du précédent compte-rendu
- Préparation de l'Assemblée générale du RSSLM
- Validation de la maquette du nouveau site internet soumis par KEEO
- Rapport d'activité 2016 du RSSLM
- CPOM ARS
- Restitution de la première réunion de concertation PRAPS
- Questions diverses :
 - o Situations des familles en urgence sociale à l'hôpital
 - o 20 ans Diogène
 - o Formations flash
 - o Questionnaire/évaluation de l'intervision santé précarité
 - o Participation du RSSLM au COREVIH
 - o Retour sur actions Ordre de Malte

1 - Validation du compte-rendu du 27 janvier 2017

Discussion :

A l'occasion de la validation du compte-rendu du dernier copil, un retour d'informations est réalisé pour certains des sujets abordés le 27 janvier :

-Habitat partagé : visite du dispositif organisée **le 15 mai à 14h au 34 rue Henri Dunant, Résidence Guynemer - Apt RG2;Roubaix;**(entrée de gauche - sonnette RDC1). Les membres du copil souhaitant participer à cette visite doivent le signaler à la coordinatrice.

Actes de biologie du CHRU Lille pour MSL et l'ABEJ Solidarité : un RDV avec le responsable du centre de biologie a été planifié le 30 mars à 9h30. MSL, ABEJ, Sylvie Bontemps pour le CHRU et le RSSLM participeront à cette rencontre.

Domiciliation : Des rencontres ont eu lieu depuis entre la DDCS, les associations AHI, et la ville. Des associations ont d'ores et déjà suspendues leur activité de domiciliation. Si l'ensemble des structures mettaient un terme à cette activité, il n'y aurait pas moins de 6 000 domiciliations à reprendre par le CCAS de Lille.

Il est, par ailleurs, rappelé que, dans le cadre de nouvelle législation sur la domiciliation, un simple lien établi avec la commune légitime le recours à la domiciliation sur un CCAS.

Une partie des CCAS sont réfractaires à proposer ce service. Fatima Cherhouri indique qu'il n'y a aucun moyen de coercition pour obliger les CCAS à proposer ce service.

Or le CCAS de la ville de Lille a déjà multiplié par deux son activité de domiciliation qui se concentre sur les quartiers de Wazemmes, du centre et de Fives. Les personnes seront réorientées sur les autres quartiers dès lors qu'un seuil d'activité sera atteint sur les quartiers cités.

Les hôpitaux, FEHAP et FHF, ont exprimé leur opposition à la domiciliation par l'hôpital.

En tout état de cause, la situation est problématique pour les objectifs d'accès aux droits. (RSA, protection sociale, etc.). Si la nouvelle Protection Maladie Universelle favorise la continuité de droits, les difficultés rencontrées sur le champ de la mise en œuvre de la domiciliation entrave désormais ce principe de continuité. Le risque de rupture de droits est manifeste.

A noter que la ville de Lille indique que 20 % de la population lilloise (Lille/Hellemmes/Lomme) n'aurait pas ouvert ses droits. Ce chiffre surprend par son importance. Il reste à vérifier.

2- Préparation de l'assemblée générale du RSSLM

La date du 29/06 a été fixée. Lors de la précédente discussion, a été soumise l'idée de proposer une action de solidarité.

Discussion :

L'idée d'organiser une action publique de solidarité est explorée. Une action « don du sang » associée à la valorisation de l'action du RSSLM ; et de ces membres fondateurs est discutée. Très vite, les questions d'ordre logistique sont abordées : stationnement d'un bus pour le don du sang, autorisation de stationnement, organisation de « stands ». La mise en œuvre, si elle ne semble pas impossible, nécessiterait des moyens financiers, logistiques et du temps (obtention des autorisations).

Les membres du comité de pilotage s'accordent sur le principe que l'organisation d'un événement original de l'AG ne doit pas être systématisée. L'organisation de l'assemblée générale annuelle pourrait fonctionner sur le principe d'une alternance. L'organisation d'un événementiel original laisserait place l'année suivante à une assemblée générale plus classique.

L'ensemble du comité de pilotage décide que **l'AG du 29 juin sera une assemblée générale classique à organiser en matinée de 10h à 12h et suivie par un déjeuner.** Le lieu restera à préciser.

3– Validation de la maquette du nouveau site internet

L'agence KEEO a travaillé à une maquette graphique pour le nouveau site internet du RSSLM. Cette maquette est soumise à validation du comité de pilotage afin d'avancer dans la mise en œuvre et d'entamer une phase de développement du site internet (développement des contenus).

Discussion :

Globalement, l'aspect visuel de la maquette graphique soumis par KEEO séduit les membres du comité de pilotage.

Quelques remarques sont exprimées à la fois sur la forme et le contenu :

-**Forme** : le visuel n'est pas du tout adapté, il conviendra d'en changer. Il s'agit d'un visuel proposé par défaut par le prestataire.

La barre de navigation en haut est moins visible/lisible. Il conviendrait de la rendre davantage lisible.

-Contenu :

Concernant la page d'accueil, il faudrait en dire davantage sur le réseau, dès la page d'accueil, sur la nature du RSSLM et ce qu'il sous-tend : un texte court qui apparaît en alternance avec le slogan.

Une page à créer : « qui sommes-nous », à la place de « le réseau ». Doivent y apparaître la présentation plus optimale du RSSLM et de ses membres avec la présence de des logos et de liens net de renvois vers les sites internet respectifs des membres fondateurs.

En bas de page du site, penser à intégrer le financeur du RSSLM : ARS en bas de page d'accueil (logo).

A noter que l'accès à un espace documentaire est redondant sur la page accueil. A revoir avec le prestataire.

Dans le cadre de cet échange, il est convenu qu'il serait compliqué pour le RSSLM de se doter d'un espace facebook. Celui-ci induirait un temps de modération important. Aussi, n'y aura-t-il pas de référence aux réseaux sociaux.

A l'appui de l'intégration de ces commentaires, la maquette graphique du RSSLM est validée.

4– Rapport d'activité 2016 du RSSLM

Une version intermédiaire a été transmise par mail aux membres du copil mi-mars. Reste à y intégrer le chapitre budgétaire et les séquences du parcours d'un bénéficiaire.

Les instances de coordination (interventions en particulier) ont été davantage développées ainsi que l'action de coordination des centres de santé.

Discussion :

La coordinatrice indique les ajouts ou modifications substantielles intégrés à cette nouvelle version du rapport d'activité :

-intégration du fonctionnement du RSSLM dès la première partie du rapport d'activité

-explicitation de la fonction de coordination des centres de santé

-les indicateurs du RSSLM sont présentés en tant que tel et non comme une somme visible de l'activité des deux centres de santé (un principe de présentation concurrentielle avait pu être objecté l'an dernier lors de la restitution de l'activité 2015).

Rolande Ribeaucourt note que l'indicateur de la nouvelle patientèle n'est pas cohérent avec les tendances observées par les deux centres de santé. Ce chiffre est donc à vérifier par la coordinatrice.

5– CPOM ARS

Aucun CPOM pour le RSSLM n'a été transmis par l'ARS. Par contre, l'ARS a pris attache auprès de Rolande Ribeaucourt, directrice du pôle santé de l'ABEJ, concernant la possibilité de recevoir, dans le cadre d'un CPOM propre, un financement pour le centre de santé.

Discussion :

Maïta DUBOIS complète cette information en indiquant, que de manière informelle, l'ARS a pu exprimer au vice-président MSL, Frédéric Rouvière, qu'un financement direct serait également proposé à MSL dans le cadre d'un CPOM spécifique. Maïta DUBOIS est en attente de voir cette proposition se formaliser.

Les deux associations transmettent aux membres du copil que cette proposition de CPOM respectif devrait intervenir rapidement (probablement en avril 2017)

Les financements devraient correspondre au volume des subventions transitant jusqu'à maintenant par le financement du RSSLM.

Cette modification atteste de la reconnaissance de la légitimité de l'intervention médico-sociale des deux associations auprès des personnes en situation de précarité. Ce nouvelle modalité de financement simplifierait et fluidifierait également les flux de trésoreries. Cependant, on pourrait également y voir une tentative de clivage entre le sanitaire et le social.

Mais surtout, quid du fonctionnement du RSSLM une fois que cette indépendance financière sera en œuvre, quid de son financement ? Ces nouvelles modalités ne pourraient-elles pas constituer une fragilisation du RSSLM ?

Resterait sur l'enveloppe du RSSLM : la coordination générale, le poste de régulation LHSS, et les temps de coordinations des médecins.

Le RSSLM n'a pas été informé par la tutelle des démarches que l'ARS a entreprises auprès des associations. Le comité de pilotage sollicite le promoteur afin qu'il prenne attache auprès de l'ARS concernant le CPOM du RSSLM que l'agence ne lui a toujours pas soumis.

6–Restitution de la première réunion de concertation PRAPS

Le RSSLM a participé à une première rencontre de concertation PRAPS organisée par l'ARS. Une seconde rencontre aura lieu le lundi 24 avril. Cette prochaine rencontre aura pour objectif d'échanger autour d'une proposition par l'ARS d'actions et d'axes de travail constitutifs du PRAPS.

Discussion :

Cette première réunion a surtout été l'occasion pour l'ARS de communiquer sur le calendrier de mise en œuvre et sur l'aspect de méthodologie d'écriture et de validation de ce plan.

Peu de temps était réservé à l'expression des besoins et des difficultés en termes d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables.

Le RSSLM a pu exprimer les besoins en interprétariat, les difficultés d'accès aux structures médico-sociales pour les personnes précaires, le manque de dispositif pour les enfants souffrant d'une pathologie lourde et en situation de précarité...

Une prochaine rencontre aura lieu le 24 avril pour échanger, réagir à partir d'un document réalisé par l'ARS. Le RSSLM participera à cette dernière rencontre de concertation.

7– Questions diverses

- Famille en situation d'urgence sociale à l'hôpital :

En ce début d'année 2017, le signalement de familles sollicitant les établissements hospitaliers afin d'être mises à l'abri a particulièrement été exprimé. Cette situation met en difficulté les équipes hospitalières et les équipes de la CMAO. Elles sont régulièrement remontées auprès du RSSLM.

Discussion :

Sylvie Bontemps souhaite évoquer en particulier les situations de certains mineurs isolés, confiés au département et qui ont pu être déposés à l'hôpital comme à l'hôtel.

A ces situations s'ajoutent la question des sorties de maternité pour des femmes et leurs enfants sans solution d'hébergement avec toute la complexité de prise en charge pour les travailleurs sociaux hospitaliers, en première ligne dans ces situations.

Certains dysfonctionnements mériteraient d'être partagés avec le département.

Le comité de pilotage propose d'organiser une rencontre avec le département auxquels seraient associés : CMAO/CHRU/GHICL.

- Formations flash :

Les prochaines formations flash (avril et mai) ont pour sujet la santé mentale (27/04 : mieux appréhender les psychopathologies, 18/05 : l'offre de soins en santé mentale).

Comme envisagée, la thématique Violences conjugales, à l'appui d'une concertation avec le réseau éponyme, pourrait être abordée dans le cadre d'une formation flash en juin. A l'issue d'échanges avec les partenaires spécialisés, il est proposé d'organiser une formation dédoublée : une formation sur le parcours de santé des femmes victimes de violences (SOLFA) et une séance sur les ressources spécialisées, les dispositifs dédiés (Sandrine Ballonet, référente départementale VC).

Le principe de dédoublement de la thématique est soumis à la validation du comité de pilotage.

Discussion :

Les membres du comité de pilotage pensent qu'il sera difficile de détacher les professionnels sur deux temps rapprochés, aussi, est-il demandé d'organiser le **traitement de la thématique sur une unique session.**

- Questionnaire / évaluation intervision santé précarité

La coordination a travaillé à la réalisation d'un questionnaire et souhaiterait solliciter des membres volontaires du comité de pilotage afin de recueillir leur avis.

Discussion :

Sylvie Bontemps, Silvana Sion et Rolande Ribeaucourt sont volontaires pour prendre connaissance du questionnaire et faire un retour sur la pertinence de l'outil avant diffusion.

- Participation du RSSLM au COREVIH

Discussion :

Les membres du COPIL souhaitent maintenir la participation du RSSLM au COREVIH.

- Retour sur action maraude Ordre de Malte

En dépit du report d'une réunion, quelques informations ont pu être transmises concernant l'état d'avancement de la maraude médicalisée de l'Ordre de Malte.

Discussion :

Une rencontre devait avoir lieu début mars, celle-ci a été reportée à la demande de la coordinatrice. Un échange téléphonique a néanmoins eu lieu avec le médecin bénévole impliqué dans les consultations ayant lieu à OZANAM et sur la maraude médicalisée. Le RSSLM a pu découvrir, au cours de l'échange, qu'une quinzaine de maraudes avaient déjà eu lieu. Les lieux d'intervention se sont élargis (notamment intervention sur la friche Saint Sauveur).

Aucune liaison avec l'infirmier du SAMU social n'a eu lieu – fonctionnement dont il avait été convenu lors d'une précédente rencontre en novembre 2016.

Si des besoins de soins nécessitent une nouvelle évaluation médicale, le médecin oriente les personnes vers la consultation médicale proposée par l'Ordre de Malte à Ozanam.

Une rencontre sera de nouveau programmée entre le RSSLM et l'ordre de malte dans le courant du second semestre.

**Prochain comité de pilotage le :
Vendredi 19 mai de 14h à 16h30,
Hôtel social de l'ABEJ, salle Rosa PARKS, 9 avenue cordonnier à Lille**



Compte Rendu du Comité de pilotage du vendredi 19 mai 2017 ROSA PARKS – ABEJ, Lille

Participants : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU– Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - M. RYBINSKI, directeur CMAO – Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL- Mr MAHE, Responsable de la filière socio-éducative, EPSM de l'Agglomération Lilloise - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille – M DELESCLUSE, IDE, Diogène

Excusés : M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO- Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE- M. PAILLEUX, Directeur ABEJ Solidarité- Dr FRYS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau- Mme DUBOIS, Présidente, MSL - Mme CHEHROURI, Directrice des solidarités et de la santé, Mairie de Lille – Mme DE PAUW, directrice URPS ML- M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau- Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML- Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille –

ORDRE DU JOUR

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 23 mars 2017
- Enveloppe budgétaire ARS (versements directs aux associations) et revue annuelle
- Les familles hébergées à l'hôpital (sorties difficiles, absences de solutions d'hébergement, etc.) : courrier d'alerte à l'ARS et au conseil départemental
- Projet de consultation ethno psy
- Point sur l'organisation de l'Assemblée Générale du RSSLM
- L'éthique et le RSSLM
- Questions diverses :
 - o Demande d'accueil d'une stagiaire élève inspectrice ARS du 10 au 28 juillet 2017
 - o Participation du RSSLM au colloque "psy/justice"

Accueil par Vincent MORIVAL, directeur de l'hébergement ABEJ – présentation de la structure Rosa Parks.

1 - Validation du compte-rendu du 23 mars 2017

Discussion :

Le compte-rendu du précédent comité de pilotage est validé.

2- Enveloppe budgétaire attribuée par l'ARS

Cf. Annexes n° 1 et 2

Lors du précédent comité de pilotage, les associations MSL et ABEJ Solidarité indiquaient que l'ARS Hauts de France leur avait exprimé sa volonté d'organiser des versements directs auprès des associations qui, jusqu'à présent, recevaient une dotation par le biais du financement du RSSLM.

Mi-avril 2017, Mme Brévar, référente réseaux de santé à l'agence, a adressé au RSSLM des demandes confirmant cette nouvelle structuration budgétaire. (Cf. Annexe n°1 et mail ci-dessous).

Avant d'effectuer la transmission des éléments demandés (Cf. Annexe n°2 : Etat des dépenses au 31 décembre 2016), il paraissait opportun d'analyser collégialement les incidences éventuelles sur le fonctionnement du RSSLM.

*Magali.BREVART@ars.sante.fr
avr 20 à 4h06 PM
À coordination@sante-solidarite.org
Cc Virginie.RINGLER@ars.sante.fr*

Madame Lemaire,

Pour faire suite à votre demande ci-dessous, vous trouverez ci-joint un courrier d'information sur la reventilation de votre subvention pour 2017.

Vous recevrez un contrat 2017 reprenant la subvention propre à l'activité de « réseau de santé » du RSSLM. Dans cette optique, pouvez-vous comme indiqué dans le courrier ci-joint me fournir un tableau récapitulatif 2016 des sommes versées :

-A MSL

-A l'ABEJ

Comprenant pour chaque association, le détail des postes de dépenses visés.

Je reviens vers vous prochainement pour fixer la revue de gestion du réseau et échanger sur vos travaux initiés.

Bien cordialement,

*Magali BREVART |
Chargée de mission Parcours de Prise en charge & Expérimentations Soins de Ville*

Discussion :

Cette nouvelle structuration permet en effet de simplifier les flux de trésorerie. L'ARS a également annoncé un maintien des financements pour les 3 parties (ABEJ/RSSLM/MSL) à hauteur des financements actuels. Concernant le fonctionnement du RSSLM, le promoteur rappelle que deux niveaux d'interdépendance existent :

- L'interdépendance financière : versements de subventions aux associations MSL et ABEJ
- L'interdépendance fonctionnelle : organisation des parcours de santé soutenue par des conventions. Par ailleurs, dans le cadre du renouvellement de certaines d'entre elles, celles-ci seront désormais « labellisées RSSLM ».

Si l'interdépendance financière est impactée par cette nouvelle organisation, l'interdépendance fonctionnelle demeure.

Dans la perspective de ce nouveau fonctionnement, **le promoteur du RSSLM propose de maintenir, dans le financement du RSSLM, la coordination médicale du RSSLM** dont Christian Matton est chargé dans le cadre de son activité médicale au sein de l'ABEJ. **Le financement du poste de la coordination médicale, sur la base d'une quotité de temps définie en accord avec l'ABEJ, ferait l'objet d'un reversement par le RSSLM auprès de l'association.**

Les membres du comité de pilotage adhèrent à cette proposition.

Ainsi, le RSSLM doit-il, en concertation avec l'ABEJ, évaluer le temps de la coordination médicale. Il est proposé de la fixer à **0,1 ETP**. Un échange avec l'ABEJ en aval du copil fixera le montant relatif à cette charge salariale – montant qui déterminera la valeur de la subvention que le RSSLM reversera à l'ABEJ.

La finalisation de ces nouvelles modalités de fonctionnement sera abordée dans le cadre des prochaines rencontres avec l'ARS. L'ABEJ rencontrera l'Agence le 6 juin, tandis que la rencontre annuelle du RSSLM a été fixée au 14 juin – les membres du copil n'ont pas connaissance de l'échéance pour MSL.

Le rendez-vous du réseau permettra ainsi de s'assurer, sur la base des propositions CPOM faites à chacune des associations, que la contractualisation RSSLM est conforme avec ce qui aura été proposé à l'ABEJ et MSL et que l'ensemble des activités couvertes jusqu'à présent le sera également à l'avenir.

Aussi, paraît-il important de maintenir un contact entre le promoteur et les associations en vue d'une lecture croisées de chacun des CPOM. Par ailleurs, il est acté que l'ABEJ et MSL participeront avec le promoteur à la rencontre du 14/06.

Dans le cadre de cette rationalisation des financements à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé, Sylvie Bontemps nous informe que le CHU de Lille a pu négocier la stabilisation de son financement de la PASS (financements des postes détachés, activité de biologie intégrée au budget PASS).

A l'occasion de ces échanges, la question du périmètre territorial d'intervention du Réseau est discutée. Le territoire d'intervention du RSSLM est bien celui de la Ville de Lille (Lille et villes associées : Hellemmes, Lomme). L'activité de terrain témoigne d'une porosité de ce périmètre. En effet, certains membres ont un territoire d'intervention plus large (Diogène, CMAO, ABEJ, MSL, etc.) aussi les situations individuelles et les acteurs participant aux prises en charge proviennent-ils du territoire métropolitain plus étendu. Si la Ville de Lille a développé un axe fort autour de la santé, la MEL n'a pas de compétences et de gouvernance en la matière. Penser l'extension territoriale institutionnelle du RSSLM induirait de repenser la gouvernance.

Jérémie Crépel indique par ailleurs que certaines grandes communautés urbaines ont investi cette compétence santé (Marseille par exemple).

La question reste ouverte.

3– Les familles « hébergées » à l'hôpital

Cf. Annexe n°3

Les situations des familles se présentant ou tentant de se maintenir à l'hôpital pour des motifs sociaux (absence de solution d'hébergement) se sont multipliées depuis la fin d'année 2016. Particulièrement signalées sur les établissements du GHICL, mais également rencontrées par le CHRU Lille, l'EPSM AL et le CH Roubaix aussi), ces situations sont difficiles à « gérer » pour les équipes hospitalières et les partenaires de l'action sociale. Cette problématique a été abordée en intervision pédiatrique.

Un projet de courrier d'alerte destiné à l'ARS et au conseil départemental est soumis au comité de pilotage pour discussion et validation.

Discussion :

Silvana Sion évoque une situation récente accueillie à l'hôpital Saint Vincent. Une sortie de maternité difficile, sans solution d'hébergement. Un tiers a filmé les échanges avec les professionnels du service et la famille pour diffuser ensuite la scène sur facebook. La rapidité du phénomène de médiatisation a mis en difficulté les équipes et l'établissement. Cet événement a produit une vague de solidarité de la part de la communauté (vague de solidarité, dons, proposition temporaire d'hébergement chez des tiers).

Le courrier préparé par la coordinatrice est soumis comme base d'échanges. Le courrier sera retravaillé avec les apports des membres du comité de pilotage et sera soumis à validation par mail :

- La ville de Lille souhaite être associée à cette alerte

- Il paraît essentiel d'élargir les destinataires : Préfet Délégué à l'Égalité des chances, le conseil départemental, et l'ARS
- Au regard de la variété des situations : un consensus sur le principe d'alerter sur les sorties de maternité à la rue (c'est sans doute celles qui posent le plus de difficultés en amont et en aval des séjours d'hospitalisation).
- Ne pas aborder directement la question de la saturation du dispositif d'hébergement d'urgence.
- Solliciter l'organisation d'une réunion avec l'ensemble des institutions destinataires. Cette rencontre pourra être étayée par davantage d'éléments recueillis par certains membres (CMAO : nb de grossesse à la rue / signalements / CHRU : coût d'hospitalisation vs coût d'un hébergement)

Ce courrier ne peut-il pas avoir comme effet collatéral de forcer le département à adopter une pratique de placement provisoire plus systématique pour ces familles ? Les membres du copil partagent l'idée que le département n'est pas en position d'appliquer de manière systématique le placement comme solution à l'alerte.

4- Projet de consultation ethno-psy

Au fil des rencontres du groupe de travail « enfants en situation de précarité et pédo psychiatrie », on observe que le protocole d'orientation imaginé par les acteurs fonctionne bien. On ne constate pas « d'appel d'air ».

Dans le cadre des échanges, le besoin de formation spécifique pour les professionnels et le besoin d'une consultation de psychiatrie (indépendamment du critère d'âge : adulte et enfant) dédiée aux situations d'interculturalité ont émergé fortement.

Une proposition de constitution d'un groupe de travail dédié à un projet de création de consultation ethno-psy est soumise au comité de pilotage :

- Gestion et animation du groupe de travail par le RSSLM
- Définition des membres y participant

Discussion :

Si le projet de consultation ethno psy a émergé du groupe de travail « pédopsy et précarité », les besoins dépassent la question de la PEC des enfants en pédopsy, ils concernent l'ensemble du public migrant. Ces besoins sont remontés par une part importante des partenaires (professionnels de l'AHF, de l'accompagnement des demandeurs d'asile, professionnels de la psychiatrie, professionnels de santé) et croise le besoin d'interprétariat croissant. **En d'autres termes, il s'agirait d'associer les champs de deux groupes de travail « pédopsy et précarité » et « interprétariat » afin de penser une réponse plus globale.**

Dans sa prospection, la coordinatrice du RSSLM rapporte l'existence d'expériences en la matière qui semblent particulièrement intéressantes :

- **Réseau Respire en Alsace/Migration Santé Alsace**
- L'association Mana à Bordeaux
- Le samara à Rennes

Certains membres, dont Silvana Sion, souhaitent que le RSSLM collecte davantage d'informations sur les expériences mises en œuvre sur d'autres territoires avant de lancer un nouveau groupe de travail. Il s'agit en particulier de comprendre comment les établissements hospitaliers participent de ces dispositifs, de cerner l'articulation avec l'offre de soins.

Sylvie Bontemps et Rolande Ribeaucourt se proposent de se rapprocher des contacts professionnels situés sur les agglomérations mentionnées afin de recueillir leur expérience de ces dispositifs.

En fonction de ces premiers retours, il est proposé d'organiser une visite sur site qui pourrait alimenter ensuite un groupe de travail.

5– Point sur l’organisation de l’AG du RSSLM

Après une confusion sur le créneau horaire retenu pour l’organisation de l’AG, celle-ci est définitivement fixée au 29 juin 2017 de 12h30 à 16h. A noter qu’une auberge espagnole est proposée de 12h30 à 14h, l’assemblée générale en tant que telle aura lieu de 14h à 16h.

Le lieu n’a pas encore été précisé.

Discussion :

L’assemblée générale (forme classique) est donc fixée au 29 juin de 14h30 à 16h30 au centre culturel de l’EPSM de l’Agglomération lilloise sur le site de Lommelet à Saint André.

Il est aussi décidé que le prochain comité de pilotage est fixé le 29 juin de 12h30 à 14h30, salle de réception du self de l’EPSM de l’agglomération lilloise.

Le comité de pilotage du 6 juillet est ainsi annulé.

6–Ethique et Réseau

Certains membres ont pu participer, le 29 mars, à la conférence de consensus organisée par l’Espace Régional Ethique à l’appui d’un partenariat avec différentes formations universitaires (approche transdisciplinaire). Cette conférence de consensus portait sur la prise en charge d’un jeune sans domicile fixe refusant les soins. La situation avait été amenée par une urgentiste du CHRU.

Sylvie Bontemps a suggéré que cette forme de rencontre puisse être proposée comme support à une prochaine assemblée générale du réseau (2018). Les membres du comité de pilotage sont sollicités pour exprimer leur avis quant à cette idée.

Plus largement, des problèmes éthiques se posent, parfois, dans les prises en charge. Le RSSLM n’a pas d’espace propre d’échanges, de ressources en matière de questionnement éthique que certaines situations peuvent soulever. Comment recourir aux outils existants ? Faut-il créer un outil spécifique au RSSLM ?

Discussion :

Les membres du comité de pilotage pensent unanimement que le RSSLM doit pouvoir s’appuyer sur les espaces éthiques existants si des questions éthiques, relevant des prises en charge sur le réseau, doivent être traitées : par exemple l’Espace de Réflexion Ethique du CHRU Lille.

Le principe de travailler sur une journée éthique comme support à l’AG du RSSLM en 2018 est acté par les membres du copil.

Une rencontre sera organisée avec l’Espace de Réflexion Ethique du CHU de Lille afin d’échanger et d’envisager des modalités de coopération (promoteur, promoteur, coordinatrice et coordinateur médical).

Par ailleurs, l’espace de Réflexion Ethique de l’EPSM AL organise le 20 juin une journée éthique sur la thématique des écrits professionnels. La coordinatrice transmettra le programme aux membres du copil.

7– Questions diverses

- Demande de stage – élève inspectrice ARS (juillet 2018):

Discussion :

Il est intéressant de pouvoir accueillir ces profils de stagiaires qui, demain, seront potentiellement des personnes en charge de thématique ou de dossiers à l’ARS.

Le RSSLM accueillera la stagiaire en lui proposant un parcours (ABEJ et ses différents services, CMAO et EPSM AL)

- Participation du RSSLM au colloque « psychiatrie et justice »

Discussion :

Ce sujet n'a pas pu être discuté faute de temps

**Prochain comité de pilotage le :
Jeudi 29 juin de 12h30 à 14h30
ESPM de l'agglomération lilloise (petite salle à manger)**



**Compte Rendu du Comité de pilotage
du Jeudi 29 juin 2017
EPSM de l'agglomération lilloise**

Participants : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - M. PAILLEUX, Directeur ABEJ Solidarité - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau – Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité– Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL- Mme CHEHROURI, Directrice des solidarités et de la santé, Mairie de Lille – Mr MAHE, Responsable de la filière socio-éducative, EPSM de l'Agglomération Lilloise - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille – M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO- Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE

Excusés : Mme DE PAUW, directrice URPS ML - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille- Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML- M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme DUBOIS, Présidente, MSL -- M. RYBINSKI, directeur CMAO

ORDRE DU JOUR

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 19 mai 2017
- Restitution de revue annuelle du RSSLM à l'ARS du 14 juin 2017
- Nouvelle structuration budgétaire
- Point d'étape sur la refonte du site internet
- Point d'étape du projet patient traceur
- Questions diverses :
 - o Planning du 2nd semestre 2017
 - o Sollicitation du COREVIH

1 - Validation du compte-rendu du 19 mai 2017

Discussion :

Le compte-rendu est validé

2– Revue annuelle ARS

La revue annuelle du RSSLM s'est organisée le 14 juin avec la participation du représentant du promoteur, la coordinatrice, et les représentants de l'ABEJ et de MSL. Elle s'est organisée en présence de Magali Brévar, chargée de mission des réseaux de santé ; de Virginie Ringler, chargée de mission thématique santé et précarité et de Benjamin Lefebvre, chargé de mission, territoire Nord.

- **Un retour sur l'organisation et le contenu du PRAPS** par la chargée de mission thématique « santé/précarité » Virginie Ringler à l'ARS :

Echéance :

- Concertation réalisée avec les partenaires et professionnels (phase terminée).
- Concertation en cours des instances de démocratie sanitaire.
- Prochaine étape : planification (en coordination avec le plan santé mentale et addiction)

- **Les différents axes de travail du PRAPS (ci-dessous, quelques-uns d'entre eux) :**

- Adaptation des messages de prévention (contenus et formes) aux publics précaires
- Développement des interventions de médiation sanitaire (aller vers)
- Développer la participation des usagers en particulier l'éducation par les pairs
- Initiation et maintien dans le parcours (soignant/soigné)
- Organisation territoriale :
 - Remobilisation des PASS
 - Coordination régionale des EMPP
 - Rééquilibrage de l'offre LHSS/LAM sur le territoire
- Amélioration et développement de la coordination entre les acteurs et en particulier les acteurs institutionnels

A noter, qu'un retard de 3 mois dans la mise en place du PRS a été annoncé.

- **Les échanges ont été centrés sur l'action de coordination du RSSLM :** coordination des situations complexes (interventions), coordination des actions autour d'une problématique (les groupes de travail), les parcours, la formalisation du développement du partenariat, l'offre de soins pour les personnes précaires à Lille, les situations de grossesse à la rue, addictions, Korsakoff...

- **La question de la territorialité de l'intervention du réseau a été soulevée.**

Globalement, la rencontre a été constructive. Le RSSLM a pu exprimer les besoins repérés : interprétariat, lit d'accueil pédiatrique, difficile accès aux structures médico-sociales de droit commun, etc.

Discussion :

Les objectifs fixés par l'ARS ont été atteints. Le réseau a répondu à la question des parcours des personnes bénéficiaires par la mise en œuvre de la méthodologie du patient traceur.

Silvana Sion y voit une reprise en main du réseau par la tutelle.

Au sujet de certaines spécificités des publics :

-Korsakoff : un diagnostic régional sur cette problématique devrait se réaliser à l'initiative de l'ARS (en lien avec la thématique « addiction »).

Il est par ailleurs rappelé que la prise en charge sur une structure médico-sociale belge ne peut être soutenue qu'à partir de 5 refus d'accueil en MAS en France.

La question de la territorialité :

A noter, que l'ARS a interrogé le réseau sur sa territorialité dans une perspective possible d'extension.

L'ARS demande au réseau de réfléchir à un premier découpage territorial.

Comme le rappelle le représentant du promoteur, la juxtaposition des différents territoires d'intervention des différents membres fondateurs du RSSLM correspond à une échelle davantage métropolitaine que lilloise. Cette échelle d'intervention métropolitaine s'exprime d'ores et déjà sur le terrain, de manière informelle.

Extension territoriale possible : arrondissement de Lille (territoire de la CMAO) qui pourrait devenir aussi l'assise d'un territoire de santé mentale.

Franck Verbruggen remarque le manque d'outils réseaux pour les partenaires du secteur non couvert par le réseau.

Quoi qu'il en soit, la formalisation d'une extension territoriale à l'échelle de la MEL induirait de repenser la gouvernance du réseau (quid du périmètre du copil, quelle contribution sollicitée auprès de nouveaux membres ?etc.)

L'ARS a laissé entendre que si les besoins étaient exprimés objectivement, une enveloppe supplémentaire étayant l'extension du territoire d'intervention pourrait s'envisager.

Cette question fera l'objet d'une réflexion à mûrir au sein du comité de pilotage.

3- Nouvelle structuration budgétaire

Dans la perspective des nouvelles modalités de financement des centres de santé ABEJ et MSL. L'enveloppe budgétaire du RSSLM est réorganisée. Elle intégrera pour 2017 les frais de fonctionnement généraux du RSSLM, les postes de coordination générale, de régulation médicale LHSS/LAM.

La coordination médicale portée par l'ABEJ (Dr Christian Matton) pour le RSSLM, évaluée à 0,2 ETP, sera financée par le RSSLM. Ainsi un versement annuel de 16 000 € sera effectué par le Réseau auprès de l'ABEJ.

Ainsi, le budget prévisionnel du Réseau atteindra pour 2017 la somme de 122 659 €.

4- Point d'étape sur le site internet du RSSLM

Le nouveau site internet du Réseau est passé en phase de développement.

Discussion :

La coordinatrice est en cours d'alimentation du site internet. Un premier temps de formation de la coordinatrice par l'agence afin d'être autonome quant à la gestion du site internet aura lieu le 11 juillet.

La coordinatrice propose de transmettre le lien du site internet auprès des membres du comité de pilotage afin qu'ils aient l'occasion de le visiter et de lui transmettre leurs avis et commentaires.

Lien pour visiter le site internet :

<http://rsslm.keeo.com/>

5- Point d'étape sur le patient traceur

Discussion :

Trois typologies de parcours ont été définies par le groupe de travail. Actuellement, le patient traceur du premier parcours est en cours de recrutement. Compte tenu de la spécificité du public, le réseau a adapté les outils d'entretien à son activité et à son public. Aussi, dérogeons-nous à la règle du tirage au sort, habituellement appliquée au recrutement des patients traceurs.

Le recrutement d'un patient au sein de réseau n'est pas simple. Réunir les critères des typologies de parcours (point d'entrée et interfaces) à d'autres critères tels que l'évitement des situations aiguës, les pertes de contact n'est pas aisé. De même, proposer une rencontre avec le patient sans avoir pour autant de solution à offrir (notamment de solution d'hébergement) questionne l'éthique.

Pour rappel, les trois parcours seront étudiés en 2017. Une restitution s'organisera en fin d'année au copil du réseau.

L'expérimentation de cette méthode appliquée au réseau semble innovante. Patrick Pailleux, Sylvie Bontemps rejoignent François Caplier sur l'idée qu'il serait intéressant de valoriser ce travail dans le cadre d'une publication. Il pourrait être intéressant de recruter un doctorant missionné sur cette action. Le travail de partenariat avec Lille 3, dans le cadre du projet « Chercheur Citoyen » Nouvelles Approches de la Pauvreté pourrait être orienté dans ce sens.

6 – Questions diverses

- o Planning du 2nd semestre 2017:

Discussion :

Le planning est validé.

Cf. Annexe

- o Signalement pour le bidonville « Bavay Bis » :

Lors de la dernière intervision pédiatrique, les échanges se sont focalisés sur la situation particulièrement préoccupante de certaines familles roms localisées sur un « micro bidonville » voisin de Rosa Parks (nouveau nom de l'hôtel social de l'ABEJ), avenue Cordonnier à Lille. Des familles expulsées du terrain de Constantine à Saint André, en situation de très grand dénuement. Les enfants en bas âge (de 1 à 5 ans) sont repérés comme étant exposés à des risques d'accidents de la voie publique (grande proximité d'un axe routier très emprunté, pas ou peu de vigilance parentale, etc.)

A l'issue des échanges au sein de l'instance de l'intervision pédiatrique, il a été convenu que le Réseau porte un signalement au procureur dans la perspective d'une action de la police pour rappeler à l'ordre les parents de ce groupe. Le retentissement souhaité de la part du réseau est le déplacement de ce groupe vers un terrain plus « abrité ».

Discussion :

Patrick Pailleux indique qu'il est en effet déjà intervenu, à titre personnel, auprès des adultes du terrain leur demandant fermement de manifester davantage d'attention à la sécurité des enfants.

Les membres du comité de pilotage ne s'accordent pas sur la légitimité du réseau à porter un signalement à l'autorité judiciaire. Le champ d'intervention en jeu est davantage la protection de l'enfance que les questions de santé. Si signalement il doit y avoir, la Direction des Tsiganes et Voyageurs (AREAS) est l'entité la plus légitime à la porter et plus largement c'est à la DTV (Areas) d'investir le signalement des situations préoccupants sur le volet social, au titre d'équipe dédiée à l'accompagnement de cette population.

Fatima CHEHROURI propose de (ré)alerter la directrice de la DDCS , Annick Porte, sur cette situation préoccupants

- o Point d'information Diogène

Vacance de poste :

Depuis 16 mois, et malgré des relances régulières du Dr Marsili auprès du CHRU, le poste du G08 (0,5 ETP dédié au dispositif Diogène) n'a toujours pas été pourvu. Dr Marsili alerte le comité de pilotage sur cette vacance de poste qui rend plus difficile l'accès aux soins et les orientations vers la santé mentale des personnes en situation de grande précarité.

Discussion :

François CAPLIER relancera Franck Bottin, CHRU, à ce sujet. Sylvie Bontemps, en copie du mail adressé par François Caplier, pourra également intervenir auprès du Directeur administratif du pôle psychiatrie afin de resituer le contexte conventionnel et budgétaire de ce poste (financements PASS MIG de l'établissement).

Anniversaire de Diogène, les 20 ans : (Cf. Annexe : Argumentaire, le social est thérapeutique)

En avril 2018, Diogène fêtera ses 20 ans (date d'anniversaire de la signature de la convention). Diogène travaille, en collaboration avec le CLSM, les chargées de communication EPSM AL et EPSM LM, le réseau, à l'organisation d'une journée festive (exposition, concerts, et gastronomie du monde).

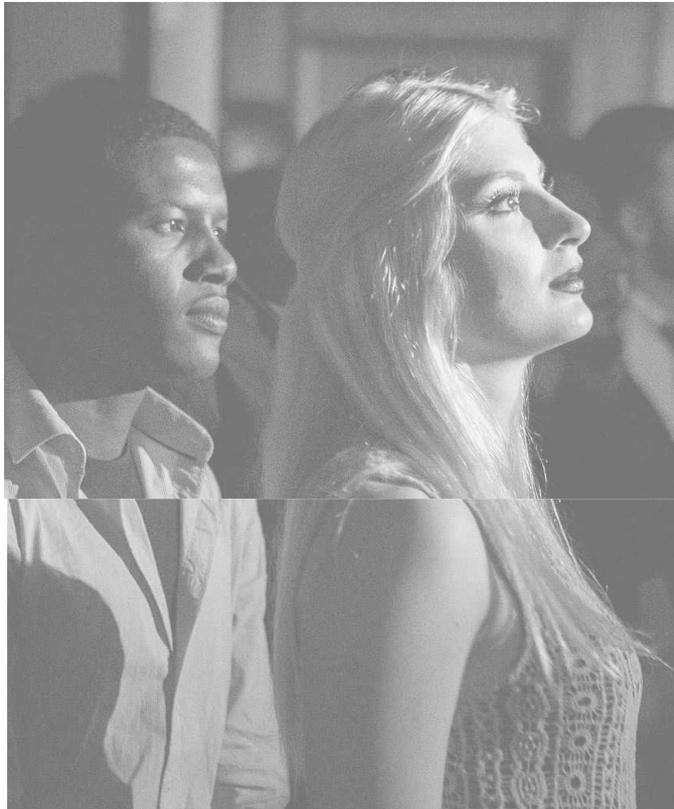
Cette journée serait le point d'orgue d'un concours photo (ouvert au grand public) lancé en amont et ayant pour sujet le rétablissement (rétablissement et précarité). Le groupe de travail « 20 ans Diogène » s'ouvrira aux associations afin de les inviter à prendre une part active dans l'organisation et l'animation de cette journée.

La recherche d'un lieu d'accueil de cet évènement est en cours.

- o Information SINGA

Dr Massimo MARSILI évoque l'organisme SINGA, initiative citoyenne organisant des actions pour favoriser l'accueil des réfugiés. Une prise de contact par Diogène est en cours.

◆ QUI SOMMES-NOUS ?



NOTRE VISION

Née d'un mouvement citoyen, SINGA crée des opportunités d'engagement et de collaboration entre les personnes réfugiées et leur société d'accueil. Ensemble nous construisons des ponts entre les individus pour le vivre ensemble, l'enrichissement culturel et la création d'emplois, dans une démarche de sensibilisation pour déconstruire les préjugés sur l'asile.

SINGA se trouve dans 4 régions françaises et six pays et développe des outils pour chaque citoyen souhaitant participer à l'accueil de personnes réfugiées partout en France et dans le monde.

NOTRE COMMUNAUTÉ ET NOS PROGRAMMES

SINGA regroupe aujourd'hui une communauté de plus de 20 000 membres. C'est avant tout une communauté de professionnels, d'entrepreneurs, d'artistes, de sportifs, de danseurs, de chanteurs, d'étudiants qui se rencontrent pour participer à l'accueil des personnes réfugiées et enrichir le repertoire de l'asile à travers l'innovation.



La plateforme CALM permet la mise en relation des personnes réfugiées à la recherche d'un accueil temporaire et des citoyens disposant d'une chambre pour les accueillir.



Le pôle Projet s'attèle à révéler l'impact économique qu'apportent les personnes réfugiées en les accompagnant dans leur projet . "La fabrique" est l'incubateur pour entreprendre ensemble.



SINGA vous permet de vous engager dans la communauté grâce à des activités culturelles variées, mettant en relations des "Buddy" qui partagent des passions communes.

o Sollicitation COREVIH

Dans le cadre des travaux du COREVIH, a été mise en place une Commission "Migrants" au sein de laquelle s'effectue un travail de veille sur l'accès aux droits et aux soins via les assistantes sociales et les associations accompagnant les usagers.

Le COREVIH s'interroge sur la nécessité de construire un outil de recueil des dysfonctionnements d'accès au séjour pour soins, à une couverture maladie, et aux soins pour les personnes étrangères infectées par le VIH et/ou une hépatite virale. Un observatoire existe au sein de l'association AIDES mais les données régionales ne sont pas exploitables et seules les personnes étant passées par l'association sont recensées. Le RSSLM ou le COPIL régional PASS souhaiterait-il s'associer au COREVIH pour effectuer un travail de recueil et d'exploitation des données ? (possibilité de mobiliser un interne sur ce travail).

Discussion :

Faute de temps, cette question n'a pu être abordée

Prochain comité de pilotage :

Jeudi 12 octobre 2017 de 14h30 à 16h30

Halte de Nuit de l'ABEJ, 22 parvis Saint Maurice à Lille



**Compte Rendu du Comité de pilotage
du 12 octobre 2017
Halte de Nuit – ABEJ Solidarité**

Participants : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau – Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - M. RYBINSKI, directeur CMAO – Mme DUBOIS, Présidente, MSL - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL- Jean Pierre DELECLUSE, IDE, Diogène – ABIDINE Sarah, secrétaire MSL

Excusés : M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO-- Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - Mme DE PAUW, directrice URPS ML- Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille -- Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML- Mr MAHE, Responsable de la filière socio-éducative, EPSM de l'Agglomération Lilloise- M. PAILLEUX, Directeur ABEJ Solidarité

ORDRE DU JOUR

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 29 juin 2017
- Etat des dépenses, CPOM, excédent budgétaire
- Point d'étape sur la refonte du site internet
- Restitution questionnaire intervision santé précarité
- Restitution Rencontre espace éthique
- Interprétariat
- Questions diverses :
 - o Situation Saint Sauveur
 - o Organisation réunion DSP

1 - Validation du compte-rendu du 29 juin 2017

Discussion :

Le compte rendu est validé.

2- Etat des dépenses et CPOM

Annexe n°1 et n°2 : CPOM ; Etat des dépenses au 30 septembre 2017

En date du 9 octobre 2017, Mme Magali BREVART, référente des réseaux de santé à l'ARS Hauts de France a transmis le CPOM du réseau. La signature de ce contrat conditionne le versement des financements du RSSLM. A noter que l'ABEJ a reçu son CPOM (début septembre 2017), correspondant budgétairement à ce qui lui était alloué par

l'intermédiaire du réseau (hors temps médical mis à disposition du réseau), il n'a toujours pas reçu de financement.

MSL, quant à elle, n'a reçu, à ce jour, ni financement ni CPOM. Son dossier est en « arbitrage » à l'ARS (arbitrage probablement lié à une demande de financement plus importante que les versements attribués par le biais du réseau les années précédentes). Des différentiels apparaissent dans la dotation de certaines lignes budgétaires du budget établi dans le cadre du CPOM (coordination médicale sur estimée par exemple). En prévisionnel, le réseau aura un excédent d'environ 7 000 € (montant à affiner). A quel financement de projet ou d'action cette somme peut-elle être attribuée ?

Discussion :

Concernant le contenu du CPOM :

- Silvana SION précise que ne sont pas mentionnées les missions d'intervention et de sensibilisation du réseau auprès des centres de formation initiale (IRTS, ICL, IFSI, etc.). Si cette activité est en effet au cœur des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge, le financement de l'ARS sur cette action est plus difficile à légitimer. Ces interventions sont à valoriser dans le cadre du rapport d'activité.

- Il est également remarqué que le CPOM n'est pas pluriannuel. Il ne couvre que l'année 2017. Ceci avait été évoqué lors des rencontres avec l'ARS dans le cadre des rendez-vous respectifs de MSL, ABEJ et RSSLM. La pluri annualité devrait intervenir à compter de 2018.

- Sur la baisse de financement (- 1275 € sur le budget global), elle est probablement liée au résultat 2016 du Réseau (solde excédentaire).

Les membres du comité de pilotage constatent le processus administratif dans lequel s'inscrit le réseau à la lecture des nombreux indicateurs demandés par l'ARS.

Concernant l'usage de l'excédent budgétaire :

-Les associations MSL et ABEJ étant financées de manière indépendante, les subventions exceptionnelles qui pouvaient intervenir en cas d'excédent en fin d'année ne pourront plus s'organiser.

-la coordinatrice fait état des besoins identifiés (non devisés) :

- impression de cartes d'adhésion
- réédition de plaquettes de présentation du réseau
- fax

Ces besoins, s'ils n'ont pas encore été devisés, seront relativement peu élevés.

-MSL propose de financer des prestations d'interprétariat (le RSSLM reprendrait la gestion des prestations qui sont actuellement gérées par MSL). Sur ce volet, il conviendrait d'interpeller spécifiquement l'ARS.

- **la migration du Dossier Social Partagé.** Cette dépense serait peu élevée (devis datant d'un an entre 250 et 600 €), il convient d'actualiser le devis. Toutefois au vu des usages limités et des dysfonctionnements repérés, la réunion DSP (15 novembre) orientera peut-être différemment l'outil, ce qui pourrait induire une enveloppe budgétaire plus importante à consacrer à l'évolution de l'outil. (D'autant plus que le prestataire Effidev est en cessation d'activité).

Il est urgent de contacter Effidev (Cédric POURBAIX) afin de demander la résolution technique des problèmes actuels et anticiper leur cessation d'activité (obtention des codes accès, mentions techniques afin d'assurer la récupération et la sécurisation des contenus, le transfert vers un autre hébergeur voire une nouvelle interface).

Compte tenu des échéances, malgré une forte réactivité, il sera difficile de réaliser certaines dépenses avant la fin de l'année civile. Monsieur Delmaire sera sollicité par la coordination afin de vérifier la faisabilité d'un provisionnement des dépenses.

Dans l'hypothèse d'une évolution de la plateforme DSP, il est proposé de solliciter l'URPS ML sur leur connaissance de prestataires (numérique, gestion de systèmes d'information) qui pourraient nous accompagner techniquement sur le projet.

Deux sujets sont abordés en parallèle

Coordination des interventions et sollicitations : Silvana SION pose la question d'une possible coordination par le Réseau des sollicitations des partenaires (instituts de formation, partenaires, etc.) pour l'organisation des interventions « santé/précarité » « Travail en réseau ». Elle propose que le réseau centralise les besoins, les demandes et sollicite les ressources professionnelles au sein du réseau pour mettre en œuvre ces interventions. Rolande RIBEAUCOURT indique que certaines demandes d'interventions s'inscrivent dans des partenariats plus larges, propres aux structures. Il est ainsi délicat d'en faire une règle de fonctionnement général.

La Croix Rouge Française : le GHICL a conventionné avec La Croix Rouge, en particulier pour son activité de domiciliation.

Si au démarrage de l'activité de LCRF, les orientations étaient fréquentes vers MSL et l'ABEJ, elles sont désormais moins nombreuses.

Les membres s'accordent sur le principe qu'il est nécessaire de travailler davantage avec cette structure et mieux connaître leurs activités (FA, typologie de populations reçues,...). Jean-Pierre DELECLUSE indique que le public de LCRF correspond à une population très précaire mais plutôt logée.

Silvana SION précise que LCRF viendra présenter au copil PASS de Saint Vincent, le 21 novembre 2017 les activités de la structure. Ce sera l'occasion d'actualiser les connaissances que nous en avons sur la structure et de tenter de nouer des liens.

3- Point d'étape site internet

Lien de navigation vers le site en production : <http://rsslm.keeo.com/>

Le site internet, en cours de production, a bénéficié d'une alimentation des contenus par la coordinatrice. Il est soumis au comité de pilotage afin de recueillir leurs avis, demandes de corrections pour finaliser la production (ajustements de fonctionnalités, corrections des contenus, etc.) et amorcer une phase de tests auprès d'un cercle restreint d'utilisateurs.

Discussion :

Les membres du comité de pilotage sont globalement satisfaits de la version intermédiaire. Il est décidé de ne pas trop renseigner les informations pratiques des activités propres des structures et de privilégier des liens vers le site du membre concerné.

Il est rappelé que l'espace professionnel est accessible avec un code (il n'y aura pas de différents niveaux d'accès professionnels). L'espace professionnel accueillera les compte rendus de réunions, formations flash, interventions, etc.

Reste à fournir un travail important d'iconographie et de mise en place de l'annuaire cartographié (deuxième quinzaine d'octobre).

Sarah ABIDINE (MSL), nouvellement arrivée à MSL, sera sollicitée afin d'apporter son regard neuf sur le site internet.

4- Restitution questionnaire de l'intervision santé précarité

Annexe n°3 - Résultats du questionnaire et éléments d'analyse

Un questionnaire a été diffusé auprès de l'ensemble des partenaires (2 campagnes, une en juillet et une autre en septembre). Pour rappel, face au constat d'une légère diminution de la fréquentation des interventions santé précarité, il avait été proposé de recueillir l'avis des partenaires sur l'outil.

Discussion :

67 personnes ont répondu au questionnaire. Les partenaires ayant répondu sont plutôt satisfaits par l'intervention. Cet espace est avant tout attendu comme espace de recherche de solutions, et de rencontre avec les partenaires. L'aspect formateur/échange de pratiques est moins relevé.

Il est remonté que le nombre de situations est parfois trop important pour le temps imparti. Nous convenons qu'il n'est pas possible d'étudier plus de 3 à 4 situations par intervention.

Les propositions de modification de l'organisation pratique n'est pas retenue (changement de lieu, d'heures, de jours). Il sera impossible de satisfaire l'ensemble des professionnels sur ces aspects pratiques. Dans ces circonstances, autant privilégier le fait que l'intervention est bien repérée au niveau des jours et des lieux.

5- Rencontre du Réseau avec l'Espace de Réflexion Ethique Régionale

Annexe n°4 – Compte rendu de rencontre avec l'ERER

Comme convenu lors du comité de pilotage du 29 juin, le réseau a rencontré Dr Robin CREMER, responsable de l'ERER afin d'envisager un travail sur le champ éthique. Cette perspective croisait la proposition de consacrer l'AG à cette thématique.

Une première rencontre a eu lieu le lundi 18 septembre pour préciser une thématique, des modalités d'organisation.

Discussion :

Le comité de pilotage choisit d'organiser un groupe de réflexion qui pourra se réunir 3 à 4 fois avant l'organisation de cette journée éthique qui viendra restituer le fruit de la réflexion (thème : refus de soins, convergence des pratiques (les soins en psychiatrie sont fortement pressentis). L'ERER indiquera la « taille » du groupe de réflexion afin que les membres fondateurs mobilisent en conséquence des professionnels pour y participer.

Il est proposé d'organiser l'AG le même jour, en amont de cette manifestation.

Une option est posée sur le 21 juin. Il serait possible de l'organiser sur le site de Lommelet de l'EPSM AL (salle de spectacle avec une capacité d'environ 500 pers.)

Il est proposé d'ouvrir cet événement aux étudiants (sanitaires, sociaux, médico-sociaux), et aux partenaires de manière élargie.

6- Interprétariat

Annexe n°5 – Notes sur les dispositifs en France

Suite au comité du pilotage du 19 mai, une exploration de différents outils d'interprétariat déployés à l'échelle du territoire a été réalisée (Bordeaux, Strasbourg, Rennes). Une note est jointe au compte-rendu comme base d'échanges sur l'évolution voulue ou non du dispositif existant à l'échelle du réseau.

Discussion :

Deux dispositifs reçoivent l'intérêt du copil (le réseau Louis Guilloux à Rennes avec une structuration assez proche de celle du réseau et le dispositif de Strasbourg dont l'expérience est ancienne avec un projet d'interprétariat développé auprès de la médecine de ville).

Il est décidé de solliciter une visite auprès de chacun des dispositifs (déplacements à budgéter). Les membres du copil souhaitant participer à cette visite sont : GHICL, CHRU, MSL et ABEJ.

Questions diverses :

- Point d'info sur le camp de St Sauveur

Discussion :

Le camp sera expulsé dans les jours à venir. MSL y est intervenu à plusieurs reprises.

- Réunion Dossier Social Partagé

Discussion :

Cette réunion aura lieu le 15 novembre entre 12 et 14h dans les locaux Diogène/CMAO/RSSLM (salle de réunion).

Prochain comité de pilotage du RSSLM
Le vendredi 22 décembre de 12h30 à 15H
Salle de réception (self) EPSM de l'agglomération lilloise – Site de Lommelet, à Saint
André lez Lille



**Compte Rendu du Comité de pilotage
du 22 décembre 2017
EPSM Agglomération lilloise**

Participants : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - M. PAILLEUX, Directeur ABEJ Solidarité - Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - M. RYBINSKI, directeur CMAO – Mme DUBOIS, Présidente, MSL - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille – M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO- Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL-

Excusés : M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mr MAHE, Responsable de la filière socio-éducative, EPSM de l'Agglomération Lilloise- Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML- Mme DE PAUW, directrice URPS ML - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau –

ORDRE DU JOUR

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 12 octobre 2017
- Etat des dépenses
- Organisation de l'assemblée générale du RSSLM (journée éthique, groupe de réflexion)
- Retour visite du dispositif d'interprétariat rennais
- Manque places PMR sur le dispositif AHI
- Questions diverses :
 - anniversaire Diogène
 - Relance DSP
 - validation du planning 2018
 - sollicitation accueil de stage (ilis, coordination trajectoire de soins)

1 - Validation du compte-rendu du 12 octobre 2017

Discussion :

Le compte-rendu du comité de pilotage du 12 octobre est validé.
Dans le cadre de la relecture du compte-rendu, le comité de pilotage est informé du versement effectué auprès de l'ABEJ Solidarité (correspondant à la mise à disposition de

0,3 ETP pour la coordination médicale du réseau), le financement annuel et total du réseau ayant été perçu en cette fin d'année.

Le Réseau a par ailleurs reçu en date du 18 décembre le CPOM 2018 – 2022. L'ABEJ Solidarité et MSL n'ont pas encore reçu leur CPOM respectif pour cette période.

Au fil de l'échange, les membres du comité de pilotage émettent le besoin d'actualiser le film de présentation du réseau.

2– Etat des dépenses

Annexe n°1 Prévisionnel

L'état des dépenses du réseau actualisé au 30 novembre et intégrant les dernières dépenses (en particulier les frais de la visite organisée à Rennes) prévoit un **excédent de 2 500 €** environ pour l'année 2018.

Discussion :

La structuration budgétaire du réseau a été réorganisée en 2017. Les financements de l'ARS pour les deux associations (MSL et ABEJ) sont désormais directement versés aux acteurs. Cette nouvelle structuration ne permet plus de régler « facilement » la destination d'un excédent budgétaire en fin d'exercice par le versement d'une subvention exceptionnelle pour l'une ou l'autre des associations.

Certains besoins sont exprimés :

Le coordinateur médical de l'EMPP Diogène, Dr Massimo MARSILI, évoque le besoin de se doter d'un *DSM V*, tandis que Franck VERBRUGGEN, infirmier à la CMAO, sollicite l'achat d'un *VIDAL*.

La coordinatrice du réseau, Christelle LEMAIRE, exprime un besoin d'équipement de téléphonie et informatique : un smartphone serait davantage adapté à la mobilité de son poste et un écran d'ordinateur afin d'aménager un poste de travail plus ergonomique.

Compte tenu de la date très avancée à laquelle la question de l'usage de cet excédent est posée, le représentant du promoteur, François CAPLIER, est dubitatif quant à la possibilité de réaliser les dernières dépenses proposées par la coordinatrice du réseau et les membres fondateurs.

Néanmoins, la coordinatrice du réseau se rapprochera du service des affaires financières afin d'envisager la faisabilité de ces derniers achats dans des délais si courts, compte tenu des vacances de Noël qui s'amorcent dès la semaine suivante.

3– Organisation de l'Assemblée Générale du RSSLM

Le 21 juin a été retenu pour l'organisation de l'Assemblée générale du réseau (lieu : salle de spectacle de l'EPSM AL, site de Lommelet à Saint André Lez Lille). Elle prendra la forme d'une journée éthique abordant la question du refus de soins. L'Espace de Réflexion Éthique Régional accompagne le Réseau sur ce projet.

Un groupe de réflexion sur la question est en cours de constitution :

- GHICL : Julie Jonquel, Assistante sociale PASS, Saint Vincent ; un médecin (à préciser)
- CMAO : Claire Morin, éducatrice spécialisée, Franck VERBRUGGEN, IDE
- MSL : Dr Marie-Laure FRYSS, médecin
- ABEJ : Rolande RIBEAUCOURT, directrice pôle santé ; Dr Christian MATTON, médecin
- Diogène : Hamel DJEDDI, psychologue ; Céline BILLOIS, IDE
- EPSM AL :
- CHRU : Sylvie BONTEMPS, responsable service social CHRU

La problématique du groupe de réflexion est à affiner. Une réunion de première rencontre est à organiser (fin janvier pour l'échéance). Aussi, est-il nécessaire de finaliser la constitution du groupe de réflexion afin d'organiser les rencontres.

Parallèlement, peut-être est-il nécessaire de désigner un groupe qui se chargera de suivre le volet organisationnel de cette journée d'études.

Discussion :

La notion de « refus de soins » pour cette journée thématique questionne. La première rencontre avec l'espace éthique l'envisageait davantage comme le refus ou le renoncement aux soins par le patient. La question du refus de soins par les praticiens n'avait pas été particulièrement abordée. Pour autant, comme l'avance Hélène PAUCHET, responsable du service santé de la Ville de Lille, le refus de soins par les professionnels de santé peut induire des renoncements aux soins par le patient. Il est proposé d'intégrer ce sujet à la réflexion.

Hélène PAUCHET indique qu'un groupe de travail, sur les refus de soins par les professionnels de santé, piloté par la MEL, associant quelques associations, la CPAM et la ville de Lille s'est constitué. Si ces refus sont souvent remontés, ils ne font que rarement l'objet d'une saisie formalisée par l'utilisateur.

Par ailleurs, François CAPLIER précise que le réseau peut être à l'initiative d'une interpellation de l'ordre des médecins à ce sujet.

Concernant la mobilisation du groupe de travail « refus de soins » (journée éthique), à l'échelle du réseau, une date sera proposée aux personnes qui se sont portées volontaires. Compte tenu des échéances, cette première ne pourra s'organiser avant fin janvier 2018. La coordinatrice du réseau reprend ce travail de mobilisation à la rentrée de janvier 2018.

Silvana SION, cadre supérieure socio-éducative du GHICL indique qu'ils attendent une proposition de date pour mobiliser un médecin.

François CAPLIER propose de mobiliser Maud PIONTEK pour l'EPSM AL.

Dans la recherche de personnes ressources à mobiliser, Philippe WARIN est nommé ainsi que Christophe NIEWIADOMSKI (contact par Josette BRASSART).

Dans le cadre des échanges, Jérôme RYBINSKI, directeur CMAO, signale qu'un groupe de travail sur le non recours aux soins s'est constitué au sein de la CMAO. Une première commission thématique a eu lieu en 2017, le travail sera prolongé en 2018, probablement dans le cadre d'un événementiel à l'initiative de la CMAO.

Hélène PAUCHET signale également la constitution d'un COTECH, à l'échelle de la ville de Lille, sur la problématique des vaccins. Nombreux sont les habitants qui s'interrogent sur les changements opérés (11 vaccins rendus obligatoires). Une réunion aura lieu le 15 février, le réseau y participera. Hélène PAUCHET signale la difficulté de mobiliser le département à ce sujet.

4- Retour de la visite du dispositif d'interprétariat rennais

Cf. Annexe, compte rendu de visite du 18/12/2017

La visite du réseau Louis Guilloux à Rennes a permis de prendre la mesure d'un dispositif d'interprétariat professionnalisé, accessible à un faisceau large de partenaires médico-sociaux.

Le groupe de travail « interprétariat » s'engage-t-il dans un travail d'écriture de pré-projet – qui pourrait être le support à une rencontre auprès de l'ARS afin de solliciter un financement à ce titre ?

Discussion :

Globalement les membres du comité pilotage ayant participé à la visite ont été satisfaits de cette rencontre. Les éléments collectés ont été synthétisés dans le compte rendu (Cf. Annexe). Les financements de ce dispositif restent fragiles.

La dimension régionale du dispositif est soulignée par Silvana SION. Cette dernière pense qu'il faut effectivement penser l'évolution du dispositif vers un outil régionalisé et donc de dépasser l'échelle métropolitaine.

Penser l'évolution de l'outil d'interprétariat du réseau nécessite également de s'appuyer sur la production d'un recensement des besoins. Il serait indispensable d'interroger les partenaires de manière élargie afin d'identifier les besoins, les graduer et les préciser (circonscrire la nature des besoins linguistiques). Un questionnaire pourrait être produit en ce sens et diffusé auprès des partenaires : équipes des structures ou services des membres fondateurs du réseau, structures LHSS et LAM, réseau des partenaires de l'AHI (en s'appuyant sur la CMAO).

Parallèlement, il serait pertinent de solliciter Virginie RINGLER, ARS Hauts de France, concernant l'intégration effective ou non de cette problématique dans le cadre du PRAPS. L'interprétariat y est-il identifié ? Comment ce besoin y est traduit ? Etc.

Le groupe de travail interprétariat se réunira au 1^{er} trimestre 2018.

5- Manque de places PMR sur le réseau AHI

Discutée lors de la réunion du groupe de travail des LHSS/LAM du 12 octobre, soulevée également en intervision, la problématique du manque de places PMR sur les structures de type CHRS et Hébergements d'urgence impacte la fluidité de certains parcours (difficultés de sorties LHSS pour des personnes en fauteuil ; difficultés d'orientations vers le dispositif AHI du fait de l'inaccessibilité des chambres ou de la structure, sollicitation par défaut des LHSS ou LAM).

A l'issue de la réunion LHSS du 12 octobre, il avait été proposé d'alerter la DDCS sur ce manque.

Discussion :

Il est proposé de recenser les places PMR et d'élargir le recensement au niveau d'adaptation de l'équipement à des personnes à mobilité réduite.

La conduite de ce recensement peut être portée par la CMAO afin de solliciter les structures AHI à identifier quantitativement et qualitativement les places et services adaptés aux personnes à mobilité réduite. De son côté, la coordination du réseau mobilisera les structures porteuses des LHSS à identifier les situations à mobilité réduite accueillies au sein de leur service.

A noter, la CMAO a acquis un véhicule adaptée au transport des personnes à mobilité réduite.

Questions diverses :

- Anniversaire Diogène

En 2018, l'EMPP Diogène fêtera ses 20 ans. Un groupe de travail s'est constitué afin d'élaborer un programme événementiel (Diogène, Service communication EPSM AL/EPSM LM, Ville de Lille (CLSM), RSSLM, etc). L'action sera composée d'un séminaire consacré à l'intervention des équipes mobiles (histoire, actualité et perspectives) en matinée et la présentation des travaux photographiques retenus dans le cadre du concours « rétablissement, espoir et précarité ». A ce titre, un jury est en cours de constitution.

La date et le lieu envisagés pour cette action sont le 10 avril à la gare Saint Sauveur à Lille.

Discussion :

La journée interroge la représentation des personnes sans abri, en situation d'exclusion. Il serait intéressant d'associer l'école de journalisme d'une manière ou d'une autre. Le comité de pilotage suggère de se rapprocher de Nathalie Pauwels, Fédération de Recherche en santé mentale (programme Papageno – psychiatrie et médias). A l'heure actuelle, Diogène est à la recherche de musiciens et d'associations susceptibles d'animer musicalement et « culinairement » la fin de cette journée événementielle.

Par ailleurs, Massimo MARSILI exprime son souhait d'organiser une rencontre avec l'équipe des ACT Un chez soi d'abord en y associant la CMAO afin d'envisager une meilleure articulation et liaison pour certaines situations, en particulier pour les situations pour lesquelles l'accompagnement d'un chez soi d'abord est maintenu dans un contexte de perte (temporaire) du logement. Pour cette demande, Patrick PAILLEUX invite Diogène à se rapprocher d'André LEGER, directeur du pôle logement à l'ABEJ.

- Relance Dossier Social Partagé

Cf. Annexe : Compte-rendu réunion DSP du 15/11/2017

Suite aux échanges qui ont eu lieu avec le groupe de travail. Il a été décidé de relancer l'usage de l'outil par les équipes pour lesquelles un accès avait acté : MSL/ABEJ/CMAO/CHRU/GHICL, à la fois sur le volet de l'enregistrement dans la base de données, la consultation de la base et l'enregistrement des passages de la personne auprès des différents services.

Une rencontre avec MSL a eu lieu dans le cadre de la réunion d'équipe en décembre afin de transmettre la marche à suivre pour les demandes d'accès et les modalités d'enregistrement des passages. Reste à organiser la communication auprès des équipes du CHRU, de la CMAO et de Diogène.

L'objectif est d'inviter les professionnels à procéder à une demande d'accès, et à faire l'usage de l'outil.

La réactivation de l'usage de l'outil sera évalué à n+1 afin de déterminer sur les actions de communication ont entraîné une augmentation de l'usage, envisager d'éventuelles modifications de fonctionnalités.

A noter qu'en début d'année 2018 : le Dossier Social Partagé basculera sur un hébergement auprès de KEEO, prestataire du site internet.

Discussion :

Concernant, la compréhension de l'acte d'adhésion par le patient. Il est rappelé qu'avait été acté que la coche dans le dossier patient de MSL vaut en effet l'accord et l'adhésion du patient.

Il est proposé de travailler à un affichage au sein des structures porteuses de la demande d'adhésion au sein du réseau (MSL et CDS ABEJ) permettant de communiquer sur l'existence d'un travail en réseau, sur la question du partage d'informations, de se référer au cadre légal et les droits des patients.

- o Validation du planning du 1^{er} semestre 2018
Cf. *En annexe*

Discussion :

Le planning prévisionnel est corrigé puis validé. Une attention particulière est fixée sur l'alternance entre les jeudi et vendredi pour l'organisation des comité de pilotage afin de favoriser la présence du coordinateur médical Dr Christian MATTON, ABEJ Solidarité, disponible uniquement le jeudi.

- o Demande de stages auprès du RSSLM

Les demandes de stage auprès du réseau ont été nombreuses en fin d'année 2017 :

- 6 demandes de stage des étudiants en master 1 et 2 « coordination des trajectoires de la santé », ILIS Faculté d'ingénierie du management et de la santé de Lille 2 (5 mois/700h)
- 1 demande de stage d'étudiante en master 2 des pratiques et politiques locales de santé (4 à 6 mois)
- 1 demande de stage d'observation « Management d'équipe et gestion d'activités des structures de l'économie sociale » (3 jours)
- 1 demande de stage médecin de santé publique

Discussion :

Le comité de pilotage valide le principe d'accueil d'un médecin de santé publique sur le format d'accueil proposé aux étudiants 1^{ère} année AS de l'IRTS. Silvana SION transmettra cet accord de principe au candidat.

Il serait intéressant d'accueillir dans le cadre d'un stage gratifié un étudiant (master 1 ou 2) au niveau de la coordination du réseau pour soutenir la coordination des parcours de santé des personnes migrantes et pour travailler en particulier sur l'interprétariat.

Le comité de pilotage ayant validé cette idée, un petit groupe se réunira (Silvana SION et/ou Sylvie BONTEMPS, Rolande RIBEAUCOURT, Hélène PAUCHET, Massimo MARSILI) afin d'étudier les motivations des candidats.

Concernant l'organisation des stages au sein du Réseau, Dr Massimo MARSILI préconise une organisation d'un accueil sur Diogène à privilégier en fin de semaine (les vendredis matins : temps de réunion d'équipe).

Informations diverses :

La ville de Lille cherche à réaliser une évaluation du dispositif « Espace écoute santé » mis en place depuis septembre 2017 au sein des mairies de quartier de Fives et de Vauban. Le principe est de proposer, depuis septembre 2017, des permanences d'une psychologue

proposant de l'écoute, une évaluation et une éventuelle orientation vers les services de psychiatrie (action en réponse aux situations de souffrance psychique des habitants repérées par les travailleurs sociaux des services municipaux et pour lesquelles la psychiatrie n'est pas forcément une réponse adaptée).

Hélène PAUCHET attend la validation du projet de recrutement d'un stagiaire gratifié dont la mission de stage consisterait en l'évaluation du dispositif.

Prochaine réunion du comité de pilotage :

Jeudi 22 février à 14h30

à l'hôpital Saint Vincent, petite salle à manger à Lille