



## RAPPORT D'ACTIVITE 2019



Réseau santé solidarité  
Lille métropole

SUIVI DES RESEAUX DE SANTE  
N° : 960310332

<b>I-LE RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE</b>	<b>p. 4 à p. 8</b>
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
<b>II-FONCTIONNEMENT DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE</b>	<b>p. 9 à p. 15</b>
II-1/ Composition et instances	p. 9
II-2/ Du médical au sanitaire, l'équipe de coordination	p. 11
II-3/ Le parcours du patient	p. 13
<b>III-ACTIVITE 2019 DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE</b>	<b>p. 16 à p. 53</b>
<b>III-1/ Les résultats du réseau : les chiffres à retenir en 2019</b>	<b>p. 16</b>
<b>III-2/ Coordination de la prise en charge des patients sur le territoire du réseau</b>	<b>p. 17 à p. 28</b>
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 à p. 23
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 à p. 26
III-2/ c. i-Les conventions d'accès aux plateaux techniques hospitaliers	p. 23
III-2/ c. ii-Les dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	p. 24
III-2/ c. iii-Une réactivité sur des problématiques spécifiques	p. 25
III-2/ d. Des démarches sociales menées en parallèle	p. 26 à p. 28
III-2/ d. i-Une offre sociale systématique et de proximité	p. 26
III-2/ d. ii-Le retour dans le droit commun	p. 27
III-2/ d. iii-Le travail de lien tissé avec les bénéficiaires des minima sociaux	p. 28
<b>III-3/ Organiser la continuité des soins entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux</b>	<b>p. 29 à p. 43</b>
III-3/ a. Des dispositifs médico-sociaux spécifiques pour assurer la continuité des soins	p. 29 à p. 33
III-3/ a. i-Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sur la métropole lilloise	p. 29
III-3/ a. ii-Les lits d'accueil médicalisés	p. 33
III-3/ a. iii-L'optimisation des droits communs	p. 33
III-3/ b. L'outil phare du réseau : les intervisions	p. 34 à p. 41
III-3/ b. i-Les intervisions santé précarité adulte	p. 34
III-3/ b. ii-Les intervisions pédiatriques	p. 38
III-3/ c-Veiller aux contacts permanents entre les institutions et les associations	p. 41 à p.43
III-3/ c. i-Des temps de sensibilisation au travail en réseau	p. 41
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
<b>III-4/ Développer une démarche commune d'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement</b>	<b>p. 43 à p. 48</b>

III-4/ a. L'interprétariat	p. 43
III-4/ b. La mise en place de sessions de formation	p. 45-46
III-4/ b. -i-les formations flash	p. 45
III-4/ b. ii-Le DU Santé précarité	p. 46
III-4/ c. Le rôle pédagogique du réseau	p. 46 à 48
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. 47
<b>III-5/ Assurer une mission de veille sanitaire et sociale</b>	<b>p. 48 à p. 50</b>
III-5/ a. Veille sur les problématiques rencontrées	p. 48
III-5/ b. Veille sur les dispositifs et offres partenariales	p. 49
III-5/ c. Collaborer à la rédaction de plans et schémas d'organisation sanitaire et sociale	p. 49
III-5/ d. Faciliter la mise en place d'expérimentations et de dispositifs innovants	p. 49
<b>III-6/ Tableau de bord de l'activité 2019</b>	<b>p. 50-52</b>
<b>III-7/ Perspectives 2019</b>	<b>p. 53</b>
<b>IV-CHAPITRE BUDGETAIRE : dépenses</b>	<b>p. 54-55</b>
<b>VI-RESULTATS DE L'EXERCICE</b>	<b>p. 55</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>p. 56 à p.127</b>
Annexe n°1 : Rapport d'activité 2019 du dispositif des Lits Halte Soins Santé de la métropole Lilloise	p. 57 à p.62
Annexe n°2 : Tableau de bord des interventions santé précarité – synthèse des situations	p. 63 à p.75
Annexe n°3 : Tableau de bord des interventions santé précarité – synthèse des participations des professionnels	p. 76-77
Annexe n°4: Tableau de bord des interventions pédiatriques	p. 78 à p. 84
Annexe n°5 : Tableau de bord des formations flash	p. 85 à p. 86
Annexe n°6 : Synthèse de l'activité des groupes de travail du réseau en 2019	p. 87 à p. 89
Annexe n°7 : Etat des dépenses au 31-12-2019	p. 90 à p.91
Annexe n°8 : Convention de mise à disposition coordinateur médical ABEJ/RSSLM	p. 92 à p. 94
Annexe n°9 : Compte-rendu des comités de pilotage	p. 95 à p. 127

## I – LE RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE

### 1/ Identité du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole

**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 : BENEAT-MARLIER

Prénom : Valérie

Tél. : 03.20.63.76.19

E-mail : [direction@epsm-al.fr](mailto: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](mailto:coordination@sante-solidarite.org)

**Zone géographique couverte à ce jour par le réseau :**

La Métropole Européenne de Lille

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

### 2/ Objectif général poursuivi :

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.

### 3/ La précarité, indicateurs contextuels

En France, en 2018, **8,8 M de personnes sont touchées par la pauvreté**. Ainsi, ce sont 14,7% de la population française dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté monétaire<sup>1</sup> (1015 €). Y figurent plus de 2/3 des allocataires RSA et 42 % des bénéficiaires du minimum vieillesse.

En 2017, 37,6 % des demandeurs d'emplois, 19,9 % d'enfants de moins de 18 ans, en grande partie issus de ménages composés de personnes actives, étaient concernés.<sup>2</sup>

En Europe, en 2018, ce sont **109,2 M de personnes qui sont menacés de pauvreté ou d'exclusion sociale**, soit 21,7 % de la population européenne<sup>3</sup>.

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 %.<sup>4</sup>

**En région Hauts de France**<sup>5</sup> (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.

<sup>1</sup> Source INSEE, 2018. 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.

<sup>2</sup> Site de l'INSEE, *Les indicateurs de la richesse nationale 2004-2016*.

<sup>3</sup> D'après l'enquête Eurostat, l'office statistique de l'Union Européenne, en 2019.

### # Des personnes sans domicile, en « mal logement » :

En 2019, ce sont **4 M de personnes mal logées en France**. Parmi elles, 902 **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)<sup>6</sup>. Si le nombre de personnes sans domicile a doublé entre 2001 et 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.)<sup>7</sup>.

En 2019, une étude sur les personnes sans domicile réalisée par l'Agence de Développement et d'Urbanisme de Lille Métropole recense 2830 personnes, soit 1560 ménages à la rue sur le territoire de la Métropole Lilloise pourtant pourvu de 7297 places d'hébergement d'urgence, d'insertion (CHRS) et de logement adaptés.<sup>8</sup>



*Jonathan Rados, Unsplash*

En novembre 2019, l'observatoire interassociatif des expulsions de lieux de vie recense quelques 63 000 personnes, essentiellement étrangères, évacuées d'abris informels en France lors de 1159 expulsions. Il estime à

<sup>4</sup> Site de l'INSEE, Les indicateurs de la richesse nationale 2004-2016.

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

<sup>6</sup> Fondation Abbé Pierre, *25ème rapport sur le mal logement*, 2020.

<sup>7</sup> Fondation Abbé Pierre, *25ème rapport sur le mal logement*, 2020.

<sup>8</sup> *Les personnes sans domicile et les personnes vulnérables vis-à-vis du logement*, étude par l'Agence de Développement et d'Urbanisme de Lille Métropole, Novembre 2019.

91 500 personnes contraintes de vivre dans des cabanes, tentes, caravanes ou squats.<sup>9</sup>

### # 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)**<sup>10</sup>. A partir de leurs observations locales, les associations de lutte contre la pauvreté sont unanimes à alerter les pouvoirs publics sur l'augmentation des 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.<sup>11</sup>

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 précaires<sup>12</sup> :

<sup>9</sup> *Actualités sociales hebdomadaires* n°3135, 22 novembre 2019. p. 13

<sup>10</sup> *Les cahiers du CNLE*, 2015 et *cahier de l'ONPES*, n°1, octobre 2017.

<sup>11</sup> D'après une enquête flash réalisée pour la nuit du 4 à 5 septembre 2017, dans 40 départements (hors Paris).

<sup>12</sup> *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale – édition 2016*, CNLE.

L'accès aux soins est favorisé par des dispositifs législatifs dédiés. La Couverture Maladie Universelle (CMU), réformée en 2016 dans le cadre de la Protection Universelle Maladie (PUMA), l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou encore l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et la CMU-Complémentaire, eux même réformés en novembre 2019 pour devenir la Complémentaire Santé Solidaire sont autant de dispositifs visant l'accès aux soins des populations les plus précarisées.

**En 2015, 2,5 M bénéficient de la CMU socle, 5,39M de la CMU-C tandis que 1,35 M ont reçu l'aide à la complémentaire santé ACS.**

**Les personnes de nationalité étrangère peuvent recourir à l'Aide Médicale d'Etat (AME).** En décembre 2017, 313 980 personnes étaient titulaires d'une Aide Médicale d'Etat (droit commun). Parmi ces titulaires, seuls 228 647 de ces titulaires consomment effectivement des soins (72 %) <sup>13</sup>. En 2019, l'IRDES publie l'enquête Premier Pas au sujet du recours à l'AME. L'enquête relève le recours très relatif au dispositif. Seules 51 % des personnes qui y sont éligibles y ont recours. « Le recours augmente avec la durée du séjour [...] même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME. <sup>14</sup> »

### 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.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> *Rapport du sénat sur l'AME*, commission des finances du Sénat, 2019. <http://www.senat.fr/rap/118-147-327/118-147-3276.html#toc70>

<sup>14</sup> IRDES, *Enquête premier pas*, 2019.

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

<sup>15</sup> IRDES, *Enquête santé et protection sociale (ESPS)*, 2012, n°556, juin 2014.

#### 4/ Les objectifs du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole



groupement des Hôpitaux  
de l'Institut Catholique de Lille



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 socio-professionnels 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 stigmatisent.

**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, parfois difficilement visibles et donc « accessibles ». 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.

Le 4 juillet 2019, l'assemblée générale s'est réunie à l'EPSM de l'agglomération lilloise. La restitution du bilan d'activité 2018 a donné lieu à des échanges orientés sur la lourdeur des situations de santé des patients du réseau, sur le projet d'extension et de développement du réseau (extension territoriale, besoins en coordination des soins).

A l'occasion de cette assemblée générale, les membres du réseau ont poursuivi les échanges dans le cadre d'une rencontre avec François CHOBEAUX, sociologue, animateur du Réseau national Jeunes en errance, porté par le CEMEA.

→ Une quarantaine de participants à l'AG.

Membres Fondateurs				
1	ABEJ Solidarité	282 rue Jules Vallès, CS 60 104	59374	Loos cedex
2	CMAO	EPSM AL, 1 rue de Lommelet, Bât B, 3 <sup>ème</sup> étage	59870	Saint André Lez Lille
3	CHU de Lille	2, avenue Oscar LAMBRET	59037	LILLE cedex
4	EPSM de l'agglomération lilloise	193, rue du Général Leclerc - BP 4	59871	Saint André 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	EPSM AL, 1 rue de Lommelet, Bât B, 3 <sup>ème</sup> 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	ARMENTIERES 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 départemental DT de Lille	Immeuble Europe – 5, rue Louis Blanc	59000	LILLE
22	Direction Tsigane et Voyageur de la Sauvegarde du Nord	La sablière, 23 avenue de la sablière	59370	MONS EN BAROEUL
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 CHU 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 2019, le comité de pilotage s'est réuni à 6 reprises<sup>16</sup> : les 14 mars, 23 mai, 4 juillet, 3 octobre, 14 novembre, et le 20 décembre. Parmi les sujets abordés lors de cette instance :

- **Le développement du Réseau** : modalités du déploiement territorial à l'échelle de la Métropole Européenne de Lille, mise en œuvre de la mission soignante de coordination des parcours des soins complexes par l'ouverture d'un 0.5 équivalent temps plein à compter de novembre 2019 (missions, fiches de poste, etc.)
- **Le déploiement des Plateformes d'Appui à la Coordination** et l'interaction du Réseau avec ces dernières à partir de son expertise du public en situation de précarité.
- **Le dossier Social Partagé** : Le copil du Réseau acte en 2019 la suspension de cet outil du fait de son usage faible en dépit des actions de sensibilisation auprès des équipes.
- **La politique du Logement d'Abord** : La MEL, engagée à travers l'Appel à la Manifestation d'Intérêt pour une politique accélérée sur son territoire du Logement d'abord a sollicité le concours du Réseau pour impliquer les acteurs de la santé sur la réflexion, les actions et en particulier sur le projet d'une cellule d'appui aux situations complexes au regard de l'accès ou du maintien dans le logement. La participation du

Réseau au Forum Logement d'Abord le 14 novembre 2019 traduit, entre autres, cette dynamique.

- **Formation Ethnopsychiatrie / transculturelle, parcours de santé des personnes en situation d'exil** : les professionnels du Réseau souhaitent améliorer les parcours de santé de ce public en intégrant l'approche culturelle dans leurs pratiques en vue d'améliorer l'efficacité des orientations et des trajectoires de santé.
- **Appartements de Coordination Thérapeutique Pédiatriques** : l'absence de réponse structure médico-sociale pour les enfants en situation de précarité et souffrant de pathologies incompatibles avec une situation de rue, ou hébergement instable, précaire est observée depuis plusieurs années. En octobre 2019, le Réseau est sollicité dans le cadre d'une concertation pilotée par l'Agence Régionale de Santé sur un projet d'expérimentation d'un dispositif d'ACT Pédiatrique.
- **Interprétariat** : le besoin étant en constante progression, le Réseau rencontre en juin 2019 l'Agence Régionale de Santé afin de lui exprimer les besoins financiers nécessaires au maintien du dispositif existant et voire son développement. Quel cadre financier est-il accessible ?
- **Les financements du centre de santé de l'ABEJ Solidarité et de Médecins Solidarité Lille** : Le comité de Pilotage reste très attentif au cadre de fonctionnement de ces deux structures, dont les financements restent fragiles et qui pourtant sont particulièrement précieuses pour les parcours de santé du public, constituant le premier recours aux soins.
- **Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** avec notamment la participation de l'ABEJ Solidarité.
- **L'évolution des Permanences d'Accès aux Soins de Santé**
- **Les projets de recherche et demandes de stage** sont traitées dans le cadre du comité de pilotage du Réseau. En 2019, le comité de pilotage répond favorablement à un projet de recherche académique d'enseignants chercheurs sur la question des parcours au sein du Réseau et du relais vers le droit commun.

<sup>16</sup> Cf. Annexe n°9 – Compte-rendu des comités de pilotage

## 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 des thématiques spécifiques telles que l'articulation du médico-social, 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 intervisions. 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 (LHSS) 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, participe aux rencontres régionales du dispositif. Elle participe également directement à la prise en charge médicale des usagers.

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 charge 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.

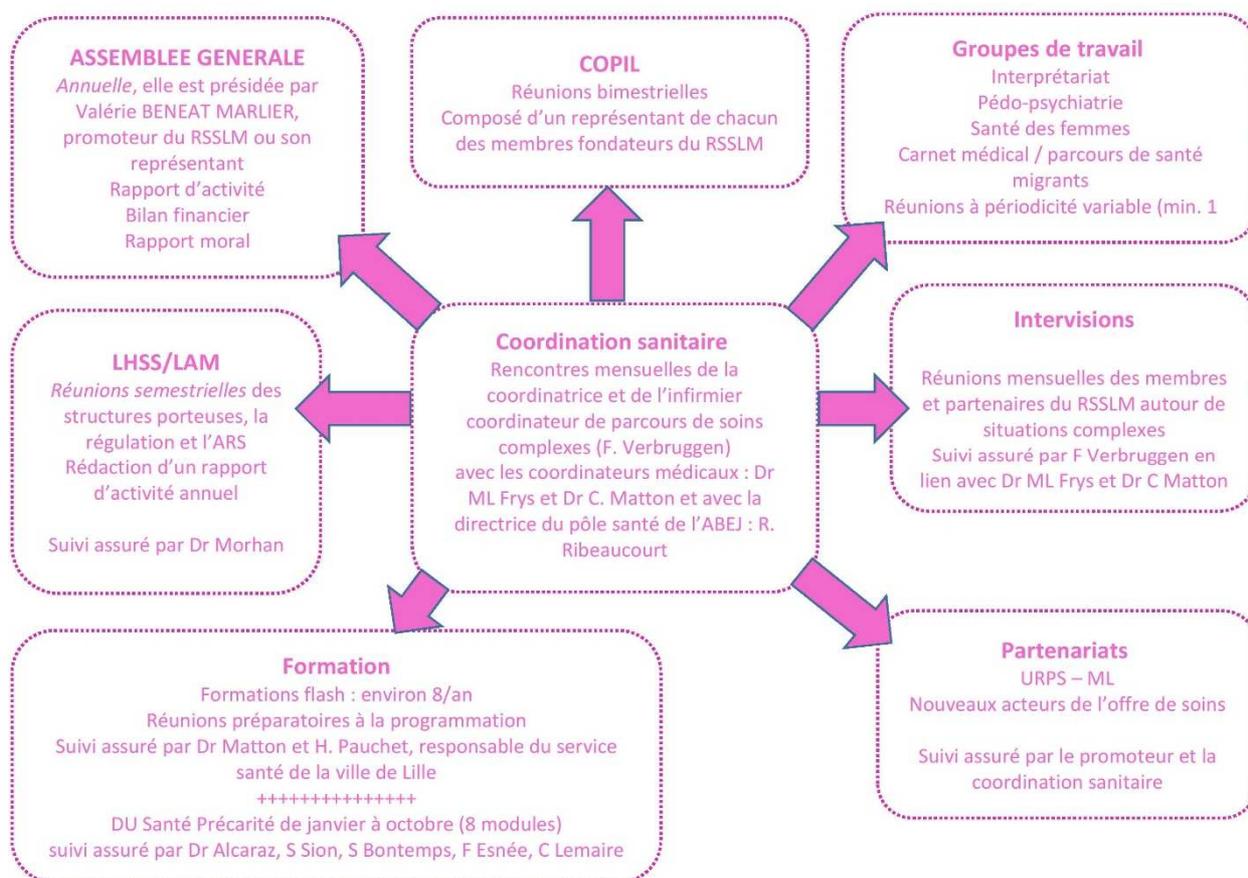
**Un infirmier coordinateur des parcours de soins complexe** : ce poste (0,5 ETP) a été créé grâce à un financement complémentaire de l'ARS Hauts de France en 2019. Il est mis en œuvre depuis novembre 2019. L'infirmier coordinateur a la charge de recueillir les informations médico-sociales relatives aux situations signalées à la coordination du Réseau. Il analyse les situations, en lien avec les coordinateurs médicaux, afin de qualifier ou non le caractère complexe de la situation, et proposer une réponse graduée en fonction du motif de signalement et de la situation. Il est ainsi particulièrement impliqué dans la coordination des parcours de soins complexes, à l'appui des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux en charge de la situation. Il est investi sur l'intervention santé précarité, instance de concertation autour des situations complexes. Il agit en amont, pendant et en aval de cette instance en proposant un appui à la mise en œuvre du plan de soin concerté.

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		Coordination parcours patient, élaboration d'axes de travail,...	
Coordination infirmière des parcours de soins complexes	Franck VERBRUGGEN	0.5	Evaluation, coordination et suivi des parcours de soins complexes	

La coordination médicale est assurée par le Dr MATTON, médecin à l'ABEJ Solidarité et Dr FRYS, médecin à MSL.

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 CHU de Lille (et depuis novembre 2019 détaché à 0,5 ETPS sur le poste d'infirmier coordinateur des parcours de soins complexes) et de la Directrice du pôle Santé de l'ABEJ Solidarité.

En 2019, les réunions mensuelles de coordination se poursuivent autour des suivis des situations complexes, des projets de formations flash, de problématiques transversales (accès aux vaccins, points de fonctionnement (liaison centres de santé et établissements hospitaliers ; consultations prénatales intervention des équipes mobiles au sein des centres médico-sociaux), 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 2019, six groupes de travail sont animés par le réseau : « Pédopsychiatrie et précarité », « Interprétariat », « Santé des femmes », « Carnet médical / parcours de santé des migrants », « LHSS/LAM ».**<sup>17</sup>

#### 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	13
Groupe Technique spécifique	1
Intervisions	17
Réunion de coordination	36
Formations flash	7

### 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, d'accès 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 Solidarité 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

<sup>17</sup> Cf. Annexe n°6

l'assurance-maladie. Si la personne n'a pas de droits ouverts ou si elle est en attente de l'ouverture de ses 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 3/4 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 la situation sociale, les équipes médicales peuvent craindre 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 ou des Lits d'Accueil Médicalisés. En cas de saturation du dispositif (LHSS/LAM), 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 socio-éducatives des 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 relais. Ces équipes trouvent au sein du Réseau les conseils et les pistes d'orientation possibles qu'elles peuvent « travailler » avec l'usager 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, 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 l'Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité 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.

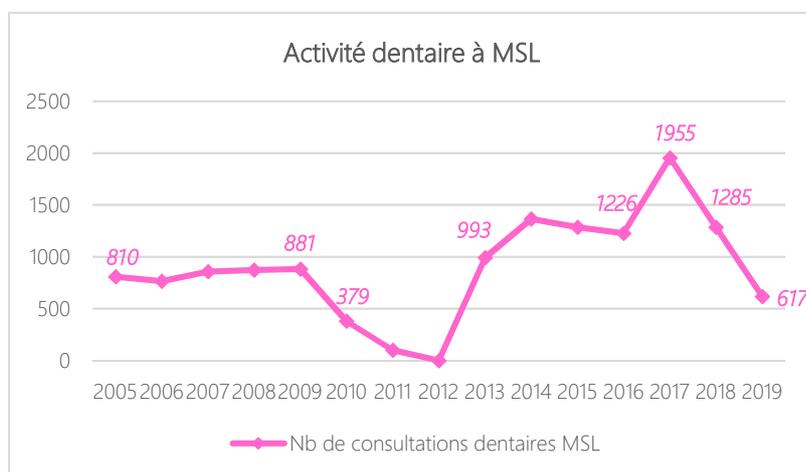
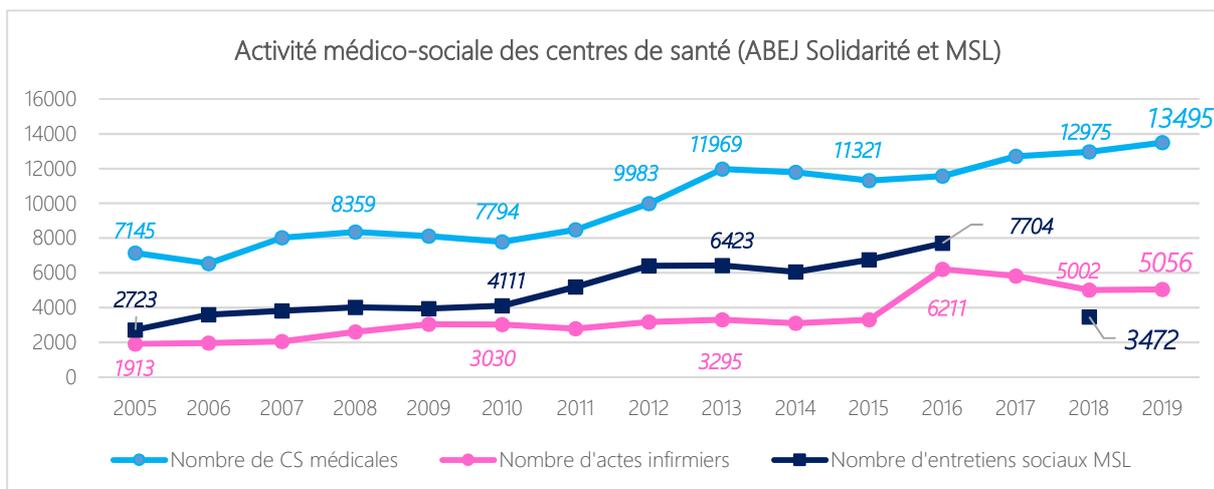
### **Le projet du « patient traceur du Réseau »**

En 2017, le RSSLM s'est engagé dans une démarche « patient traceur ». Accompagné par deux ingénieurs qualité (CHRU/EPISM 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. Fin 2018, les recherches sont relancées afin d'identifier deux nouveaux parcours à analyser. Les difficultés rencontrées dans l'organisation de la rencontre initiale avec le patient ou l'obtention de son adhésion à la participation à cette démarche n'ont pas permis de poursuivre ce travail en 2019.

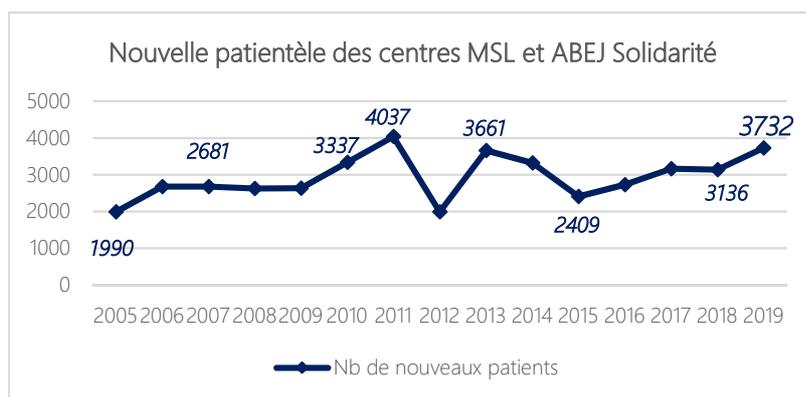
### III - ACTIVITE 2019 DU RESEAU SANTE SOLIDARITE LILLE METROPOLE

#### 1/ Les résultats du réseau, les chiffres à retenir en 2019 :



Régulation LHSS par le RSSLM	
Nombre de lits	40
Nombre d'admissions	125
File active	120
Durée médiane de séjour	69 jours

Coût PHI pour les centres de santé	Coût Biologie pour le CHU
55 502 € [- 17 %]	163 541€



Formations flash		Intervention santé précarité		Intervention pédiatrique	
Nombre de formation	7	Nb de situations complexes	23	Nb moyen de participant	29
Nombre de participants	421	Nb moyen de participant	20	Nb d'interventions	10
Nombre moyen / session	60	Nb d'interventions	10		7

## 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 », 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 du 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 métropolitain s'organisent dans le cadre du RSSLM afin de s'articuler pour que « l'aller vers » puisse s'établir de manière concrète 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 Solidarité, 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 Solidarité), dès le repérage d'une problématique santé, intègrent l'objectif de l'accès aux soins dans l'accompagnement qu'ils ont initié.

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 Solidarité (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 2019, l'équipe des maraudes de l'ABEJ a orienté 24 personnes vers le Centre de santé et accompagné 19 patients.**



Fauteuils de repos de la Halte de Nuit



Entrée de la Halte de Nuit

La « halte de nuit », structure de l'ABEJ Solidarité, ouverte en 2012, accueille 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.

Un accueil bas seuil, 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...

- **Trois infirmiers (dont deux détachés du CHU de Lille) de la CMAO, interviennent à la rue sur signalement des équipes de rue ou en maraude du Samu social.** Ces professionnels soignants vont directement à la rencontre des personnes en situation de grande exclusion. Ils posent une première évaluation de l'état de santé du patient et procèdent aux orientations selon le degré d'urgence. Pendant la veille saisonnière, la CMAO reçoit un renfort. Un infirmier rejoint temporairement 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%).<sup>18</sup>



La fonction infirmière de la CMAO concrétise l'approche médico-psycho-sociale de la prise en charge au sein du RSSLM. Ces soignants sont en relation directe avec services de soins hospitaliers, les centres médico-sociaux, les médecins ou infirmiers libéraux. Ils repèrent les besoins de soins, organisent l'amont et l'aval de ces derniers, font figure de ressources auprès des travailleurs sociaux du champ de l'Accueil, Hébergement et Insertion (AHI). Ils occupent 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. Cette équipe est composée d'infirmiers, de psychologues et d'un psychiatre (soins, interventions, entretiens, consultations, etc.).

#### Activité EMPP Diogène en 2019 et la question linguistique :

Intervention principalement auprès de personnes isolées

30 % de patients français, 60 % de patients de ressortissants de pays hors UE (Guinée, Algérie, République Démocratique du Congo, etc.)

31 % des patients sont étrangers ET ne parlent pas français. Ces patients nécessiteraient un recours à des interprètes couvrant un champ d'une quinzaine de langues étrangères

<sup>18</sup> Données de l'activité infirmière de la CMAO 2019 indisponibles au moment de la rédaction du rapport d'activité du Réseau

<sup>19</sup> La diminution du nombre de sorties du bus est expliquée par les soucis techniques rencontrés pour cet équipement en 2018 et 2019. Néanmoins, en l'absence du bus pendant une période, l'équipe

Son travail consiste, sur **signalement des équipes éducatives (117 en 2019)**, 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 2019, 15 % des signalements donneront lieu à un entretien avec un professionnel de l'EMPP Diogène, 10 % feront l'objet d'une orientation vers les soins de santé mentale.

**En 2019, l'équipe mobile DIOGENE enregistre une file active de 662 patients** dont 386 hommes et 276 femmes pour une moyenne d'âge de 37 ans, principalement des personnes isolées. La moitié ne sera rencontré qu'une seule fois.



Intervention du bus médico-social de MSL sur un bidonville

- 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. MSL y rencontre 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.

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 2019, 31 demi-journées d'interventions dans les bidonvilles, 604 consultations de pédiatrie (dans le cadre du bus et en permanence à MSL) et 478 vaccinations.**<sup>19</sup>

médico-sociale s'est rendue à de nombreuses reprises dans les bidonvilles à pieds.

Au second semestre 2019, MSL se voit contraint de suspendre cette action, la gestion logistique du bus étant trop lourde, la population des bidonvilles étant également en baisse.

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 CHU de Lille ou du GHICL
- hors situation d'urgence, orientation et/ou accompagnement du patient dans l'un des deux centres de santé (ABEJ Solidarité 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 Solidarité qui a fait le choix d'un  **rapprochement structurel étroit entre les lieux d'accueil de jours et l'offre de soins.**



Cabinet médical au sein de l'accueil de jour Solférino de l'ABEJ Solidarité ©www.abej-solidarite.fr



Accueil de jour Solférino de l'ABEJ Solidarité ©www.abej-solidarite.fr

Ainsi, le centre de santé est adossé à l'accueil de jour rue Solférino à Lille pour les plus de 25 ans<sup>20</sup>. La personne qui se rend à l'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 Solidarité 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 96% d'origine étrangère.** A noter que depuis quelques années, la patientèle n'ayant pas de droits de santé et d'origine étrangère est en hausse au centre de santé de l'ABEJ Solidarité.

**L'orientation vers les centres de santé,** qui proposent une offre ajustée aux besoins et aux difficultés, complémentaires dans leur fonctionnement et leurs

<sup>20</sup> Il existe également le point de repère de l'ABEJ Solidarité, CAARUD, centre de santé, accueil de jour pour les moins de 25 ans.

offres, permet de prévenir les situations d'urgence et de favoriser l'initiation du parcours de santé à partir 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, travailleurs sociaux du CCAS de la ville de Lille, médecins libéraux, etc.)
  - o Structuration d'une proximité avec les actions d'«aller vers» et d'accueil
  - o 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 :
  - o Outils de liaison et accès conventionnés avec les plateaux techniques des services hospitaliers, les consultations spécialisées
  - o Articulation avec des dispositifs permettant la continuité des soins (LHSS, LAM)
  - o 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 peuvent 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.

Au fil des années, les centres de santé développent et diversifient leur offre (kinésithérapie, ostéopathie, etc.)

**File active des centres de santé du RSSLM : 5229 patients en 2019**

#### i. Les patients des centres de santé

La population consultant auprès des deux centres de santé est à dominante masculine (de 56,5 % à MSL à 88 % pour l'ABEJ Solidarité) et assez jeune. A MSL, 48,5 % des patients ont moins 40 ans alors qu'au centre de santé de l'ABEJ Solidarité cette tranche d'âge représente 65 % de la patientèle. Les mineurs sont également bénéficiaires de soins et de prise en charge au sein des deux centres (27,5 % de la patientèle MSL).

Parmi la patientèle des deux centres de santé, on constatait une hausse sensible du public des Mineurs Non Accompagnés (MNA) jusqu'en 2018 (13% de la patientèle de MSL en 2018). En 2019, on observe une baisse de ce public (274 MNA en 2019 contre 339 en 2018). La plupart est âgée de 16 à 17 ans et est issue d'Afrique Subsaharienne.



Accueil infirmier – Médecins Solidarité Lille ©www.msl-asso.org

Cela étant dit, on ne peut que constater également le vieillissement des personnes installées dans la grande exclusion. A l'ABEJ Solidarité, ce ne sont pas moins de 72 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, **38% des patients vivent à la rue ou A la précarité de l'hébergement, se cumule 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 (24 % à MSL). De cette **précarité administrative découle une précarité économique.** Le bénéfice d'un emploi est marginal (A MSL, 90 % des patients sont sans emploi, une majorité n'ayant pas le droit de travailler). On note, à MSL, que 75 % déclarent ne percevoir aucune source de revenus lors de leur première rencontre avec l'assistant social, 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 démobilitation 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, 50 % des patients nécessiteraient l'intervention d'un interprète.** Seuls 20 % des patients maîtrisent le français. 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 2019, les deux centres de santé ont effectué 13 495 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.

**En 2019, la pathologie psychiatrique figure, pour la patientèle cumulée des deux centres de santé, parmi**

**dans des abris de fortune, 42 % sont hébergés par des tiers. A l'ABEJ Solidarité, une grande partie des patients vivent à la rue (48 % en 2019 quand cela représentait 43,5% en 2018).**

**l'un des principaux motifs de consultation. Les addictions, les pathologies ostéo-articulaires, dermatologiques sont les autres motifs majeurs de consultation. Souvent ces pathologies sont provoquées ou entretenues par les conditions de vie des personnes.**

**A MSL, les patients consultent en premier lieu pour :**

- des pathologies psychiatriques (11,3%)
- des pathologies gynécologiques et grossesses (10,2%).
- Les pathologies ostéo-articulaires (10,4%)
- Les pathologies respiratoires (9,6 %)

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

- l'addictologie 13,9 %
- la psychiatrie 11 %
- la dermatologie 7,8 %
- la rhumatologie 7 %
- Certificat médical 6,2%
- ORL à ,6 %

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)<sup>21</sup>.

On meurt en moyenne à 49 ans à la rue soit une mortalité 4 fois plus élevée que le reste de la population<sup>22</sup>.

En 2018, le collectif des Morts de la Rue recense 612 morts en France (non exhaustif). L'âge moyen des personnes décédées et signalées au collectif est de 48,7 ans. Les personnes en situation de rue meurent majoritairement (1 cas / 2) sur la voie publique ou dans des abris de fortune.<sup>23</sup>

### iii. Des soins infirmiers ajustés

Les centres de santé MSL et de l'ABEJ Solidarité 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 l'ABEJ Solidarité, l'infirmier 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, 37 % des actes de l'infirmier consistent à de l'écoute (entretien).

**En 2019, les infirmiers ont réalisé 5056 actes.<sup>24</sup>**

### 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 5 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 2019, l'offre de soins dentaires est couverte par un dentiste salarié et deux dentistes

bénévoles. Cela représente, en moyenne, 3 demi-journée de consultation par semaine.



Cabinet dentaire MSL

**Ce sont 617 consultations assurées.** Les actes sont des soins de caries, les extractions et certaines prothèses provisoires. Pour les actes plus lourds, MSL oriente les patients vers la faculté dentaire par le biais de la convention établie avec le CHU de Lille.

### v. La mise en place du traitement

Depuis 2009, l'association Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI), établissement pharmaceutique de distribution à vocation humanitaire, coordonne l'acheminement des médicaments auprès des associations à partir d'une liste définie par la CNAMTS. 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. L'ABEJ Solidarité bénéficie également de cet accès.

**En 2019, ce sont 42 305 € de médicaments qui ont été commandés auprès de PHI et 8 784 € achetés par MSL auprès la pharmacie de quartier.**

A l'ABE Solidarité, si le patient n'a pas de droits ouverts, **la structure lui délivre gratuitement les médicaments grâce à son accès à PHI (13 197 €) 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.**

<sup>21</sup> Lettre de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, n°3 septembre 2013, CépiDc, INSERM.

<sup>22</sup> Rapport janvier 2010 « la santé des personnes sans chez soi » Pierre Chauvin, Dr Estecahandy, Dr Girard.

<sup>24</sup> A noter que l'activité infirmière est sous-estimée. Tous les actes ne sont pas tracés.

### Parmi cette patientèle, 3 732 sont de nouveaux patients

L'activité est saturée et les situations très lourdes.

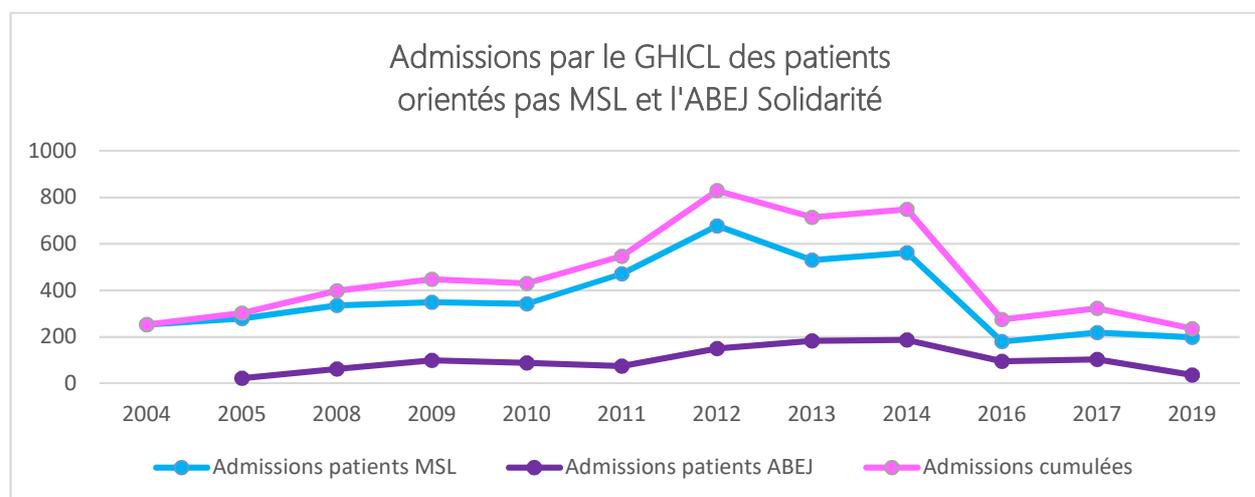
Les centres de santé au sein du RSSLM, une plus-value pour les patients, les professionnels et les systèmes de santé :

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 : CHU 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. **En 2019, le coût est de 13 795 €.**

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 (9,5 %).**

**Le CHU de Lille :** le centre de santé de MSL nous communique les orientations préconisées par son équipe médicale vers un des services du CHU 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.

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.

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
2018	1535
2019	1208

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. En 2019, 68,4 % des orientations préconisées par les centres de santé vers les établissements du GHICL aboutissent. Ainsi, si l'on constate une diminution des admissions de patients au GHICL, on observe la réduction de l'écart entre orientation et admission effective (en 2017 seul un patient sur deux se rendait à l'hôpital à partir de l'orientation centre de santé).

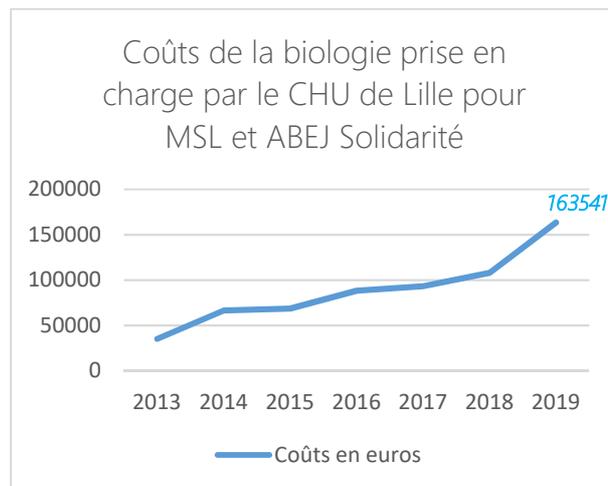
Les personnes en manque d'autonomie ou de mobilisation sur leurs problématiques de santé nécessiteraient d'être accompagnées physiquement vers l'hôpital.

#### Le laboratoire de biologie du CHU de Lille

Entre 1996 et 2010, MSL travaille avec l'Établissement 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, une convention s'établit avec le CHU de Lille. Les actes de biologie sont désormais réalisés par le service de biologie-pathologie du CHU (déjà engagé auprès du centre de santé de l'ABEJ et d'autres associations). Depuis 2013, le CHU de Lille supporte le coût de cette activité, dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG).

Depuis 2017, suite à la hausse substantielle des actes de biologie, 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).

En 2019, la tendance à la hausse des actes de biologie pour les deux centres de santé est confirmée.



#### 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 2019, dans le cadre des missions de sa PASS, le GHICL a effectué l'ouverture de 1189 dossiers, essentiellement des demandes d'Aide Médicale d'Etat (86 %).

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 CHU 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 CHU 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 l'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 de psychiatrie est une problématique régulièrement exprimée en intervision. 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 l'EPSM AL et l'EPSM Lille Métropole. Elles sont chargées de prendre en charge précocement les patients présentant une problématique de 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. 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 2019, ce sont **220 femmes qui ont consulté à MSL pour une grossesse** (contre 207 en 2018). Une partie d'entre elles bénéficient d'un hébergement chez un tiers – solution qui sera très probablement fragilisée à l'arrivée du nouveau-né.

Les femmes enceintes à MSL :

72 % en logement précaire, 17 % à la rue

42 % des consultations Gynécologiques

Dans la pratique, les médecins orientent les femmes dont la grossesse est avancée à plus de 5 mois vers les consultations prénatales dédiées à la maternité de l'hôpital Saint Vincent ou encore vers la maternité Jeanne de Flandre.

**Pour les autres femmes (c'est-à-dire la majorité), celles-ci seront orientées vers les services de PMI** 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.

#### 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, l'accès à des formations spécifiques.

**En 2018, la pédopsychiatrie du CHU de Lille rejoint le groupe de travail.** Dr Nicolas GAUD, pédopsychiatre au sein de cet établissement présente l'activité de son service ainsi que les perspectives attendues par la désignation du CHU comme centre régional de référence de la prise en charge du psycho-traumatisme.

**Le groupe de travail a élaboré un cahier des charges d'une formation « transculturelle »** en partant des besoins en compétences spécifiques identifiées comme nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge des enfants et des familles en situation de migration.

Le groupe de travail maintient ses rencontres trimestrielles et échange autour de situations et de sujets thématiques.

## 2) 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 CHU 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.

A MSL, 92 % des nouveaux patients n'ont pas accès à une couverture sociale, soit une dégradation de leur accès aux droits car elles étaient seulement 80 % en 2017. Parmi les bénéficiaires d'une PUMA ou d'une sécurité sociale de base, 80 % n'ont aucune complémentaire. **Pourtant 77 % des nouveaux patients ont néanmoins des droits potentiels d'accès aux soins : 21 % peuvent prétendre à l'obtention d'une AME et un peu plus de la moitié à la PUMA.**

En revanche, 20 % de la patientèle ne peut émarquer à aucune prestation, couverture sociale (qu'elle soit de base ou complémentaire). A noter que pour une frange du public accueilli, souvent issue de la population Rom, le bénéfice d'une CMU-C 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 les personnes qui ne bénéficient pas de couverture sociale, on observe la plupart du temps qu'elles sont en attente d'ouverture de droits. Les délais d'instructions longs, l'incomplétude des dossiers, des problèmes de guichet à la CPAM retardent grandement l'accès effectif aux droits de santé.

Une partie des patients ignorent leurs droits ou encore manque de pièces justificatives pour faire aboutir dans des délais corrects leur demande de couverture sociale.

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 PUMA avec CMU-C en général dans un délai d'un mois ½.

**En revanche, pour les personnes qui ne vont pas relever de la PUMA 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, roumains) 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.

Au-delà de la protection sociale, les conditions de vie des personnes étrangères se précarisent de plus en plus et ce dans la durée. Ainsi, le secours catholique recensait 20 % d'étrangers vivant en France depuis plus de 10 ans étant toujours sans ressources tandis qu'entre 44 et 48 % des étrangers que le secours catholique accueille ne sont pas autorisés à travailler. Une extrême précarité de laquelle il est donc très difficile de s'extraire.<sup>25</sup>

**En 2019, à MSL, les assistants sociaux ont formalisé 450 demandes d'ouverture de droits (essentiellement des demandes d'AME. Ce travail représente 3472 entretiens sociaux.**

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 Solidarité, le service social prend en charge l'ensemble des personnes accompagnées par l'association (hébergées en CHRS, accueil d'urgence, LHSS, centre de santé...). Il n'est pas pertinent de comparer les données des deux centres de santé. A noter **qu'en 2019, ce sont 17 % des patients qui sont sans droits, tandis que 26 % n'ont pas de complémentaire santé.**

## 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

<sup>25</sup> *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3134, 15 novembre 2019. p. 19

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 aisément 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 Moulines, la maison pluridisciplinaire à proximité du CHU 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. Lits Halte Soins Santé de 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

<sup>26</sup> L'association Martine Bernard et le foyer l'escalle fusionnent pour devenir l'association Eole qui maintient son inscription sur le dispositif.

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'Escalle<sup>26</sup> 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 2019 : retour sur l'activité LHSS 2018, place d'urgence sur le dispositif, la question du secret partagé et du partage d'informations, l'articulation aux services hospitaliers, l'accès à PHI...

**Restitution de l'activité LHSS en 2019<sup>27</sup> :**

**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 novembre 2019, l'activité des LHSS s'organise autour de 40 places. Le dispositif est déployé sur 5 sites à Lille, Roubaix et Armentières (correspondant à 4 entités associatives) :**

<sup>27</sup> Une lecture plus exhaustive de l'activité de la régulation des LHSS et du dispositif est proposée en annexe (Cf. Annexe n°1)

Structure	Nb de LHSS	En 2019 :  125 admissions (116 en 2018, 137 en 2017)  191 demandes non satisfaites dont 68 refus  File active de 120 patients
ABEJ Solidarité	14 LHSS Hommes ou Femmes	
EOLE	6 LHSS femmes (CHRS Escale) 9 LHSS Hommes (CHRS Pont bleu)	
Accueil Fraternel Roubaisien (AFR)	6 LHSS Hommes	
Fondation Armée du Salut (FADS)	5 LHSS Hommes	
<b>TOTAL RSSLM</b>	<b>40 LHSS depuis nov. 2020 (capacité antérieure : 37)</b>	

En 2019, on constate une légère hausse du nombre d'admissions (+7 %). C'est ainsi 97 hommes et 28 femmes qui ont séjourné sur le dispositif. **Le dispositif reste saturé en permanence**, la hausse permanente d'année en année du nombre de refus en témoigne.

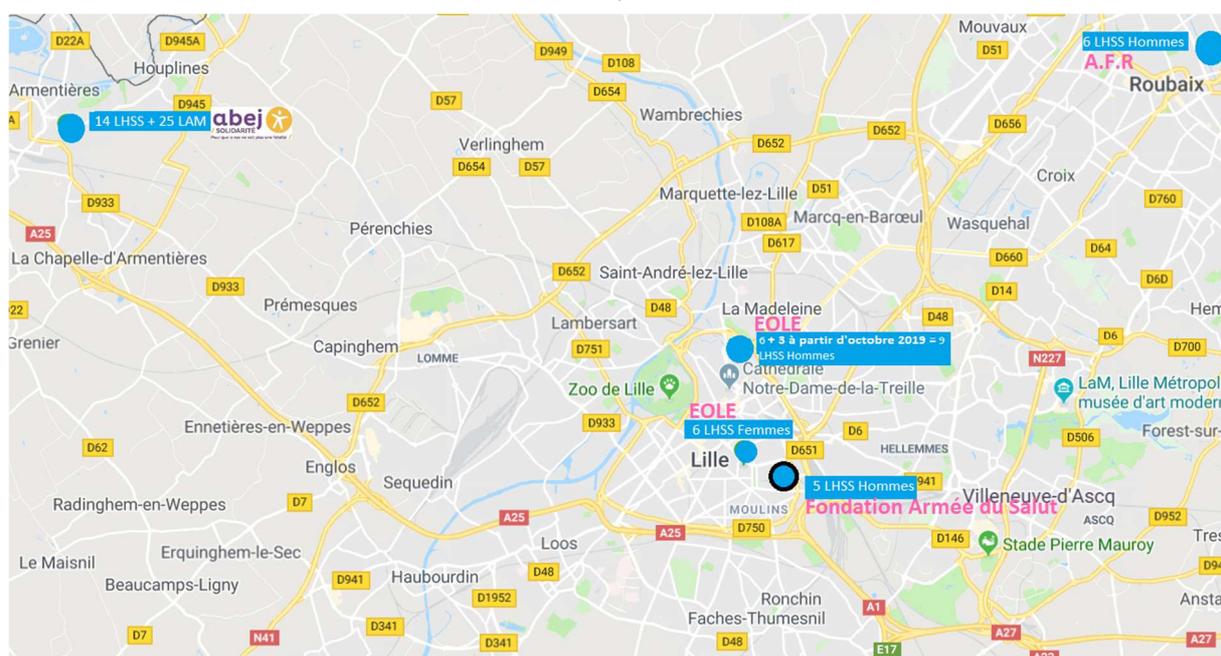
En 2019, **la durée moyenne de séjour est de 124 jours. La durée médiane de séjour est de 69 jours** lorsqu'elle est à 62 jours au niveau national. Cet allongement de la durée moyenne de séjour s'explique par l'accueil de patients présentant des pathologies lourdes, de longue durée, pour lesquels la 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 27 % par les centres de santé et 61 % 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 (12 %), le centre pénitentiaire ou les médecins libéraux.

**En 2019, les motifs d'admission chez les hommes sont principalement des pathologies chroniques ou de longue durée (41 %) mais 59 % des motifs d'admission restent des pathologies aiguës** (infections, pathologies dermatologiques, traumatiques et post chirurgicales, altération de l'état général). 42 % souffrent d'une dépendance associée (alcool, toxicomanie). 16 % 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 représenté par les pathologies chroniques (39 %) et pour des infections (13 %). 20 % des patientes souffrent d'une dépendance associée.** Si la grossesse ne constitue plus le premier motif en raison de priorisation



de l'équipe de régulation, les grossesses pathologiques et problématiques de suites de couche peuvent induire une entrée sur le dispositif (26%). Une grossesse « classique » n'est plus un motif d'admission 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.

Concernant les droits, **26 % des patients ne sont pas assurés sociaux** (23 % en 2018) tandis que 26 % sont couverts par la PUMA et 29 % par le régime général. **26 % n'ont aucune complémentaire santé.**

Enfin, **pour 33% (-19 %) les solutions de sortie sont stables** (CHRS, relogement, famille, maison de retraite). Tandis que pour 41 %, c'est un retour en accueil d'urgence/115, 7 % 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 17 % ont été hospitalisés ou transférés vers un autre LHSS ou LAM.

#### Les refus :

##### - Refus par manque de place :

Le dispositif LHSS continue de s'améliorer mais il reste souvent saturé. **27 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 :

**33 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.

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 2019 de n'accepter que 40 % des demandes (contre 38 % en 2018).

- 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 entrant 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 de parentalité.
- 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 CHRS) 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 :

- o **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.**
- o **En 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.

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, aux personnes ayant une pathologie invalidante. Actuellement, les foyers classiques (type CHRS) n'ont pas cette vocation. Cela concernerait les malades psychiatriques ne relevant plus d'une hospitalisation, les patients fragilisés sur le plan cardio-respiratoire, les patients ayant une maladie de longue durée (cancer, dialyse) ou un handicap.

#### Pathologies rencontrées nécessitant des soins prolongés, un entourage médico-social :

**Pathologies de la grossesse**, fin de grossesse, post-partum pathologique : pour ces situations, les centres d'accueil d'urgence (fermés en journée) ne sont pas adaptés. 6 femmes ont été accueillies pour ce motif en 2019. D'autres demandes n'ont pu être honorées.

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

32% des patients présentaient une pathologie neuropsychiatrique, associée ou non à des conduites addictives :

- troubles mnésiques majeurs (Korsakoff, Alzheimer)

- troubles neuropsychiatriques : psychose, dépression sévère, syndrome post-traumatique

77% d'entre eux sont restés plus de 2 mois. Les patients porteurs de troubles mnésiques avancés, psychotiques sont en danger vital à la rue. Certains arrivent en un état d'épuisement et d'incurie.

**Suites de traumatologie lourde** : 4 patients ont été admis plus de 2 mois. L'admission en convalescence n'a pas été obtenue pour certains (absence de place, absence d'indication, refus de prise en charge des patients sans domicile ou sans couverture sociale).

**Poly-pathologies, pathologies chroniques**

10% des patients le sont pour un cancer, certains entre les cures de chimiothérapie vivaient dans leur voiture ou en accueil d'urgence.

33 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.

## 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 relai 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-Villas (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 2018, le dispositif LAM et LHSS de l'ABEJ quitte le site d'Ulysse Trélat pour une installation transitoire (d'une durée prévisionnelle de 3 ans) à l'EPSM Lille Métropole à Armentières.

**En 2019, les LAM ont accueilli 32 personnes** (29 hommes, 3 femmes). La moyenne d'âge est de 58 ans. Comme c'est prévu par le cahier des charges, **un peu plus de la moitié d'entre eux ayant séjourné auparavant sur un LHSS**. La neurologie et la cancérologie sont les premières causes d'admission en LAM. A noter que la dépression est la pathologie associée la plus représentée. La durée moyenne de séjour est de 717 jours. En 2019, 7 personnes trouveront une porte de sortie : CHRS, FAM/MAS, logement, famille, appartement de coordination thérapeutique. A noter que cette année, un résident est malheureusement décédé.



## 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. les interventions

### i. Les interventions santé précarité, public adulte<sup>28</sup>

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 charge 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



## L'outil phare du réseau : les interventions

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

<sup>28</sup> Cf. Annexe n°2 et n°3 – Tableau de bord des interventions santé précarité

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).

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 2019, parmi les participants, on retrouve :

Pour les membres fondateurs : EPSM AL (pôles de psychiatrie/Equipe Hospitalière de Liaison de Soins en Addictologie), l'EMPP Diogène, la CMAO (équipe mobile, SIAO), le GHICL (PASS, service de médecine polyvalente), le CHU de Lille, la ville de Lille (assistant social, coordinateur action sociale, médiateur santé CCAS, CLSM, le CLIC), MSL (coordinateur médical du Réseau, assistant de service social), l'ABEJ Solidarité (SSIAD précarité, coordinateur médical du Centre de

santé, hébergement, Appartement de Coordination Thérapeutique 1 chez soi d'abord, LHSS, accueil de jour)

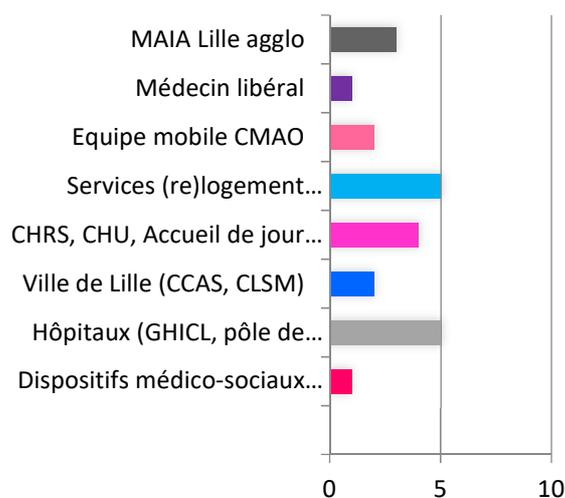
Pour les membres : La Sauvegarde du Nord (Direction Tsigane et Voyageur, LOGIPSY), Accueil Fraternel Ozanam, Accueil de jour, Eole (structure d'hébergement d'urgence), FADS (hébergement), Cédragir (CAARUD), EPSM LM (PASS psy, pôle de psychiatrie), DTML du conseil départemental du Nord

Pour les partenaires : CH Roubaix (équipe mobile gériatrie externe), AFEJI, Association MAGDALA, dispositif VIESAVIE de VISA, bailleurs sociaux (PARTENORD, Soliha), CCAS de communes limitrophes, association OSLO, associations tutélaires (ASAPN, Ariane), Les petits frères des pauvres, GRAAL, Réseau de soins gériatriques (CORALIE), CREHPSY, Médecins du monde, Conseil départemental du Nord (UTPAS), Atelier Populaire d'Urbanisme, médecin libéral, MAIA Lille agglo, ARELI (Réseau Vieillesse plurielles, Espace de vie Adapté), SAVS Ensemble autrement, MAIA Lisas.

En 2019, ce sont 10 interventions santé précarité au cours desquelles ont pu être abordées 23 situations individuelles.

→ 196 professionnels ont participé à ces instances de co-décision, soit environ 20 personnes en moyenne par intervention (19,6). La fréquentation est ainsi stable par rapport depuis 2017.

### SAISIE DE L'INTERVISION SANTÉ PRÉCARITÉ EN 2019



→ Le collège de participants est composé d'environ 49 % de travailleurs sociaux (ES, CESF, AS, TISF)

et de 34 % de professionnels soignants (médecins, IDE, psychologue, AMP).

L'instance est majoritairement saisie par les travailleurs sociaux (4/5), en particuliers ceux issus des structures du réseau Accueil Hébergement Insertion (1/3 des demandes) ou des services accompagnant dans le maintien dans le logement ou le relogement.

Démunis par des problématiques de santé lourdes, la saisie de l'espace de concertation et de coopération de l'intervision exprime les limites de l'intervention d'une équipe éducative, sociale sur les questions de santé. L'intervision 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 ou encore dans l'amorce d'une trajectoire de soins favorisant le maintien dans le logement.

Les travailleurs sociaux des établissements hospitaliers, chargés de co-construire avec les partenaires, la continuité du parcours de soins sollicitent l'instance régulièrement. En 2019, l'instance est saisie à 5 reprises par des services hospitaliers (PASS, services de soins somatiques ou pôle de psychiatrie). 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.

Dans ce cadre, les LHSS et les LAM constituent une piste de recours fréquemment abordés dans le cadre des interventions et ce, régulièrement dans une logique de « à défaut de mieux ».

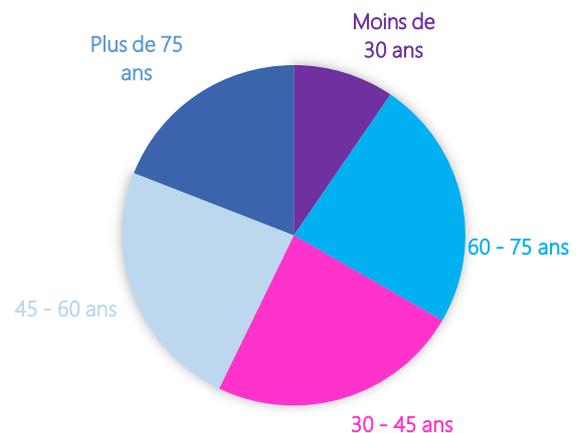
Ainsi, sur 23 situations, l'orientation LHSS et LAM est-elle évoquée à 9 reprises. Seules quelques-unes d'entre elles donneront lieu à une admission effective. D'une part, compte tenu du flux tendu du dispositif, l'effectivité de l'admission n'est pas toujours immédiate après l'intervision. C'est la 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. D'autre part, pour certaines d'entre elles, le critère social n'est pas rempli s'agissant de personnes bénéficiant d'un logement.

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

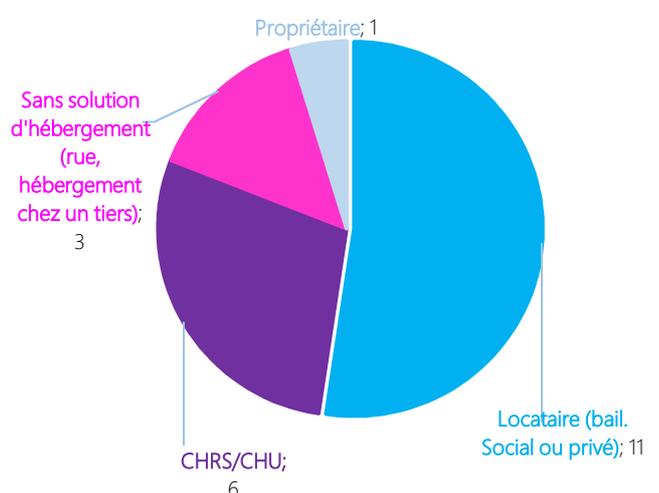
et de la relation d'aide sont les motifs les plus prégnants au sein de l'instance.

Les troubles psychiques, conduites addictives, troubles neurologiques, troubles cognitifs liés à l'alcool et Korsakoff 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.

AGE DES PERSONNES CONCERNEES  
INTERVISION SANTE PRECARITE 2019



CONDITIONS DE VIE DES  
PERSONNES CONCERNEES  
INTERVISION SANTE PRECARITE 2019



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.

L'intervision, 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.

## Les profils des situations en intervision :

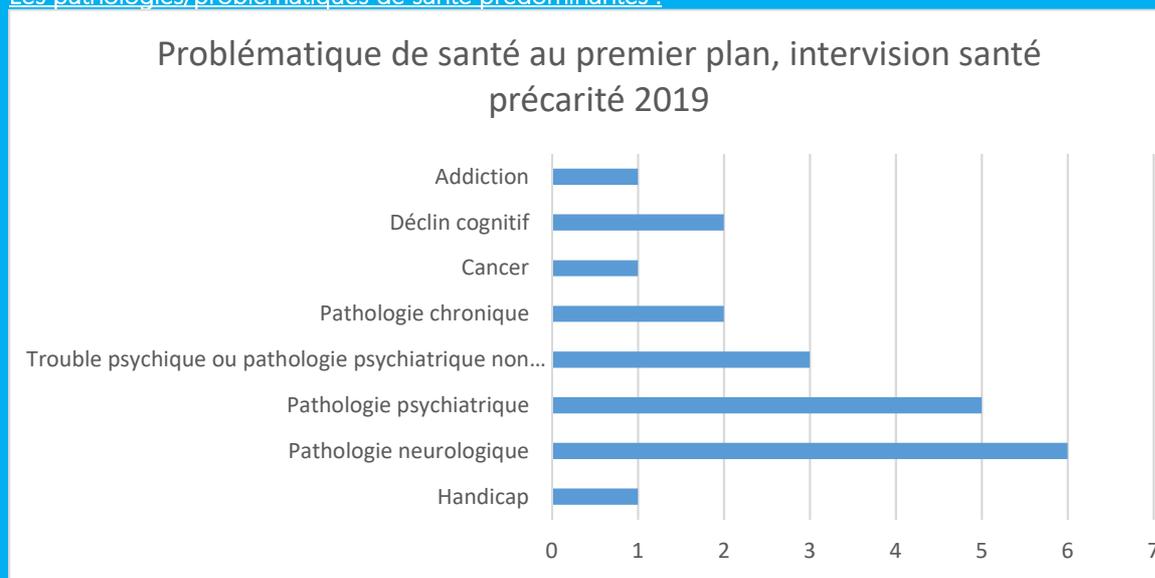
Genre : Les hommes sont majoritaires (2/3).

Age moyen de 49 ans (48 en 2018). Il est à noter que le vieillissement de la personne cumulé aux facteurs de précarité produit, de fait, une complexité certaine en termes de coordination des interventions dans le parcours de santé de la personne. En 2019, 4 personnes dont la situation a été abordée ont plus de 75 ans. Elles vivent dans des conditions précaires (logements insalubres, mesures d'expulsion), expriment un refus d'aide et négligent les soins auxquelles elles peuvent prétendre.

Origine géographique: 2/3 sont de nationalité française. 1/3 viennent de pays hors UE. Ils sont en général installés en France depuis plusieurs années, voire plusieurs décennies.

Conditions de vie : Plus de la moitié des situations abordées concernent des personnes qui occupent un logement de manière précaire : procédure d'expulsion en cours ou à venir, occupation sans titre, logement insalubre...

Les pathologies/problématiques de santé prédominantes :



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.

Force est de constater, que le partenariat avec l'EMPP Diogène, l'articulation avec les soins de santé mentale de l'EPSM, la connaissance des dispositifs de soins et de réductions des risques de l'addictologie 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 interventions pédiatriques<sup>29</sup>

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 interventions pédiatriques. Le Réseau, en raison de son expérience et ses capacités logistiques et fédératrices, a mis en œuvre ces interventions 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 et la coordination maternité de la DTML), les services pédiatriques et obstétriques de Jeanne de Flandre et St Vincent, MSL, Pédiatres du Monde. L'infirmier de la CMAO y est régulièrement présent ainsi que la coordinatrice « couples et familles » du SIAO. 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 sur demande.

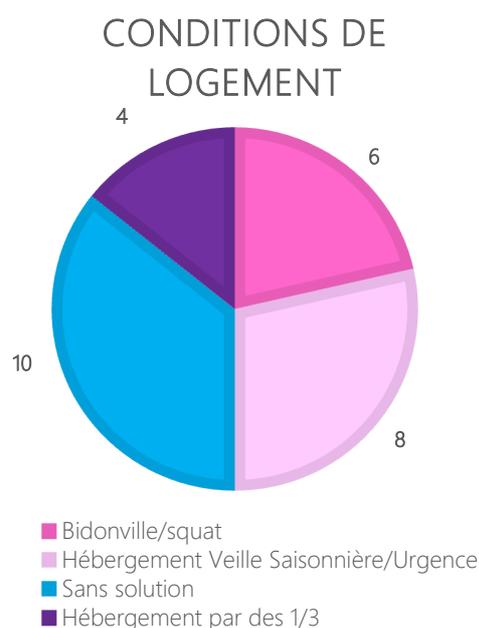
En 2019, 7 interventions pédiatriques ont réuni les partenaires autour de 29 situations complexes. En moyenne, c'est une dizaine de professionnels se mobilisant à chaque réunion.

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 2019, à l'exception de deux situations, toutes concernent des enfants étrangers. La moyenne d'âge est de 5 ans 1/2 (l'enfant le plus jeune étant âgé de 2 mois tandis que le plus âgé a 16 ans). Parmi les situations abordées, quatre concernent les parents, et en particulier des mamans (suivi de grossesse préoccupante).

Ces enfants et leurs familles connaissent des conditions de vie extrêmement précaires :

- 1/3 des familles évoquées 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. Ces

<sup>29</sup> Cf. Annexe n°4– Tableau de bord des interventions pédiatriques

signalements produisent rarement l'accélération de l'accès à une solution. Ce sont souvent les conditions administratives qui vont favoriser ou non l'accès à cette mise à l'abri (ex : demandeurs d'asile).

**Ces familles sont souvent bien connues des services hospitaliers, un hall d'hôpital devenant parfois le seul refuge.**

- 1/5 vivent dans les bidonvilles de la métropole ou 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 induit par cet environnement pouvant impacter sur la santé. De plus, cette installation est souvent précaire dans le temps.

Les bidonvilles font régulièrement l'objet d'expulsion. En 2018, ce phénomène s'est accentué, provoquant un éparpillement des ménages sur le territoire, un phénomène d'invisibilisation. L'intervention conjointe de PDM et de MSL (dans le cadre du bus médico-social) ainsi que celle de la Direction Tsigane et Voyageurs (DTV) ont été impactées par cette nouvelle répartition forcée. Le risque de rupture dans le parcours de santé s'en trouve accru. La mobilisation et la coordination doivent être renforcées auprès de ces familles qui étaient déjà les plus précarisées.

En 2019, la DTV présente aux participants de l'intervision pédiatrique les actions mises en œuvre dans le cadre du plan de résorption des bidonvilles. Ce sont désormais 1 100 familles de culture rom qui sont réparties sur 10 communes de la MEL. Dans ce cadre, trois bidonvilles ont été résorbés. Les familles qui y vivaient ont été orientées vers du logement, de l'hébergement classique ou encore vers le dispositif du SAS pour des familles qui nécessitent un étayage plus important.

- En 2019, peu d'enfants et de familles évoqués au sein des interventions pédiatriques, sont concernés par l'accueil et l'hébergement par des tiers (ex. : familles de compatriotes). Ce type d'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.

- En 2019, les enfants et familles évoquées dans le cadre de l'intervision pédiatrique n'ont pas encore suffisamment d'accès à des conditions de vie dignes, et en particulier à une proposition d'hébergement social. Une grande majorité (2/3) des situations abordées est concernée par des conditions de vie extrêmement précaires. Pour le 1/3 des situations accueillies en structure d'hébergement, cet accueil reste précaire et pour certaines provisoires (dispositif de veille saisonnière). Cela crée un facteur de plus d'incertitude et d'instabilité.

Leur provenance géographique est répartie de la façon suivante :

- 2/5 des familles sont ressortissantes de l'Union Européenne.
- 3/5 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'intervision pédiatrique.
  - o 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.
  - o L'autre partie se compose de familles en demande d'asile.

En 2019, les problématiques de handicap rencontrées restent majeures. 2/5 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 ?

Ces situations questionnent éthiquement, de plus en plus les professionnels de santé : les conditions administratives différenciant parfois l'accès aux soins, le démarrage d'un parcours de soins dans un contexte hospitalier particulièrement contraint. Les soignants, professionnels sociaux sont alors confrontés à la détresse des familles.

Les pathologies lourdes sont moins représentées, les soins en relevant restent avant tout hospitaliers et nécessitent moins de coordination. Il demeure que la liaison avec les opérateurs de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) et les équipes hospitalières s'avère productive lorsqu'il s'agit de travailler la sortie d'hospitalisation, d'adapter au mieux l'orientation vers l'hébergement.

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.**

Les années précédentes, le procureur du parquet des mineurs de Lille et le service enfance, jeunesse et famille de la DTML (conseil départemental du nord, service en charge de la protection de l'enfance) clarifient les procédures de signalement et les liens qu'il est possible de tisser avec les partenaires judiciaires et de la protection de l'enfance. Depuis, la référente du service de la DTML participe régulièrement aux échanges de l'intervision pédiatrique. Cela permet 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 et d'échanger en la matière.

**En 2019, parmi les sujets thématiques abordés dans le cadre de l'intervision pédiatrique :**

- **Grossesses précoces et de la prostitution** chez les mineurs.
- Les sages-femmes bénévoles de Pédiatres du Monde ont présenté un point d'étape de leur action d'accompagnement au **suivi de grossesse auprès des femmes de culture rom** vivant sur les bidonvilles. Cette action visant à intervenir in situ, auprès des femmes enceintes, en présence d'un interprète afin de sensibiliser la femme aux examens, à l'intérêt du suivi de grossesse.
- La question de l'itinérance des familles en situation d'exil. Arrivant souvent dans les grandes métropoles telles que Lille, leur migration ayant été motivée par les soins de leur enfant, les familles amorcent les trajectoires de soins sur l'agglomération lilloise

qu'elles sont parfois contraintes de quitter car leur parcours d'hébergement social (dessiné par la situation administrative) les amène à partir vers d'autres territoires. La question du relais vers les autres équipes de soins se pose tandis que les délais sont toujours très courts pour l'organiser.

C'est dans ce sens que le poste de coordination des orientations des ménages vulnérables, demandeurs d'asile, porté par la CMAO est présenté aux partenaires de l'intervision. Cela favorise la saisie précoce de cette liaison afin d'œuvrer à la coordination conjointe du parcours de soin et du parcours d'hébergement.

### c. Veiller aux liens 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 2019, ont été rencontrés :

- La médiathèque de Wazemmes à Lille, accueillant régulièrement un public SDF
- Les services sociaux hospitaliers du territoire
- Utopia 56 et La croix rouge Française
- La direction de l'antenne lilloise de la MDPH
- Les partenaires de l'autonomie de la DTML
- L'Association AEM 59
- Le centre social de l'Arbrisseau à Lille
- France Horizon (CHRS, AVDL)

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

En 2018, le site internet du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole ([www.sante-solidarite.org](http://www.sante-solidarite.org)) fait peau neuve. Un site *responsive* qui offre de nouvelles fonctionnalités et permet la mise en ligne d'informations facilement

actualisables. Le site soutient la poursuite de deux objectifs :

- externe : présenter le réseau, ses activités (comptes rendus, cahier des charges, rapports d'activité, ...). Vitrine du RSSLM, le site 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 planning des réunions organisées par le réseau, un agenda relayant des événements, formations, colloques « santé/précarité »
  - o document d'information des usagers et des professionnels (charte) ;
  - o fiches de demandes LHSS/LAM ;
  - o les outils pour les professionnels et usagers tels que le guide ressource « orienter vers les secteurs lillois de psychiatrie adulte », les guides des premières nécessités édités par la CMAO, le guide sur les violences conjugales, etc.. ;
  - o l'annuaire des membres du réseau ;
  - o Une cartographie des partenaires



En 2019, ce sont 7378 visites sur le site, plus de 31 000 pages vues.

### 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, 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 5064 vues, soit environ 1300 consultations en 2019 (2 fois plus qu'en 2018).

### iv. Une interface entre les membres fondateurs

Entre 2008 et 2012, un comité technique se constitue (l'EPSM AL, CMAO, ABEJ Solidarité, MSL, CHU 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 Solidarité – MSL – CMAO - CHU de Lille – GHICL – EPSM AL - Diogène) et permet d'y saisir, d'y consulter le parcours de soins d'une personne sans domicile fixe – la création du dossier incombant à l'ABEJ Solidarité 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

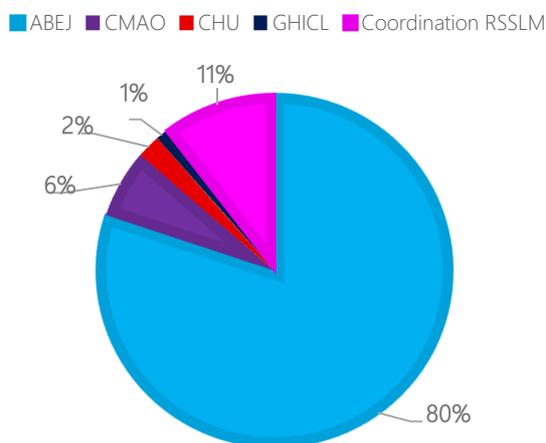
aux professionnels du sanitaire et du social des structures ayant l'accès.

**En 2018, l'interface compte plus de 9315 adhérents enregistrés depuis 2012. Ce sont 37 professionnels qui disposent d'un accès.**

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 préconise l'organisation d'informations ou de rappels auprès de l'ensemble des équipes ayant un accès théorique. 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 planifié sur la fin d'année 2017, début d'année 2018. Une évaluation de l'évolution des usages et accès est réalisée et donne lieu à une restitution du groupe de travail.

### USAGES DSP EN 2018

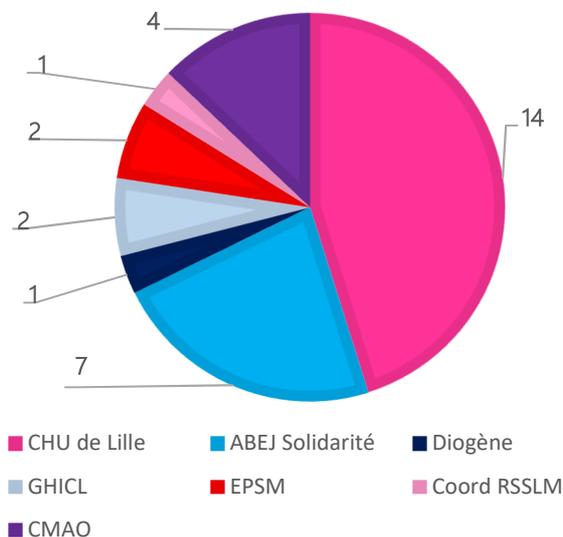


- ➔ Usage majoritaire du DSP par les professionnels de l'ABEJ Solidarité (secrétariat du centre de santé ou le service civique qui y est attaché). Enregistrement adhésion et passages.
- ➔ Recours régulier de la coordination administrative (identification du parcours des situations)
- ➔ Requêtes par les infirmiers de la CMAO ou saisie d'une rencontre (usage plus marginal (6%))
- ➔ Usage anecdotique des autres utilisateurs (GHICL/CHU de Lille)

Les saisies de « passages » pour les équipes sont perçues comme chronophage, celles-ci venant en sus

des saisies d'actes et transmissions dans les systèmes d'information propres à chacune des structures.

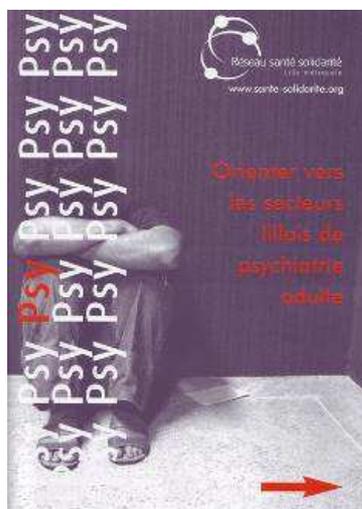
### NB PROFESSIONNELS AYANT ACCÈS AU DSP



L'usage limité du DSP est débattue dans le cadre d'un comité de pilotage en 2019 (1<sup>er</sup> trimestre). Il est décidé d'arrêter le fonctionnement de l'interface.

#### 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, 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 : « médiglotte, google trad, hypermed ». 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 accessibles 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 ?

Certaines disciplines médicales construisent leur matériau sur le récit et l'échange verbal. La psychiatrie en fait partie. 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-t-il 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 et culturelle avérée** (en général de par leurs origines culturelles). La participation à cet outil ne constitue pas un emploi stable. 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 Solidarité 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.). Un groupe de travail « interprétariat » s'est constitué pour élaborer le dispositif, le suivre et relever les besoins et leur évolution.

<sup>30</sup> Alicia RENARD, « L'impact de la barrière linguistique sur l'accès aux droits et aux soins du public allophone et l'interprétariat médico-social. Quelles pratiques ? Quels enjeux ? Quelles

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 financements spécifiques afin de professionnaliser l'outil**. Aussi, le groupe de travail propose-t-il de prospecter des dispositifs professionnalisés à l'échelle du territoire national.

En décembre 2017, à l'appui d'une prospection de la coordination du réseau auprès de certains dispositifs, **une visite s'organise auprès du Réseau de Santé Louis Guilloux (Rennes) dont certaines missions recoupent celles du réseau et qui porte un dispositif d'interprétariat**. Les échanges permettent de comprendre le fonctionnement, de cerner les points forts et la plus-value apportée à la qualité des parcours de soins, aux pratiques professionnelles. Sont également relevés les points de fragilité.

A l'issue de cette visite, le groupe se mobilise sur le 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.

Ainsi, d'avril à juillet 2018, Alicia RENARD, étudiante en master 2 « sociologie de la santé » de l'Université Lille 1 réalise un stage au sein du Réseau. Le groupe de travail encadre l'étude<sup>30</sup> menée sur l'impact de la barrière linguistique dans le parcours de soins. Dans le cadre de cette étude, une enquête quantitative permet d'identifier le niveau d'adaptation des pratiques professionnelles à la barrière linguistique et de mesurer la nature des impacts sur le parcours.

**En 2018, l'absence de financements spécifiques a contraint à réduire drastiquement les recours au dispositif actuel**. A l'appui de l'étude menée, **le Réseau intègre le développement, le financement et la pérennisation du dispositif parmi les axes du projet d'extension du Réseau** présenté à l'ARS en fin d'année.

En 2019, le Réseau expose à l'Agence les besoins d'interprétariat et sollicite une enveloppe spécifique afin de financer les interventions. Des pistes financières sont identifiées : Article 51 de la loi de modernisation du système de santé (2016) mais les démarches pour y prétendre semblent particulièrement lourdes à porter.

préconisations ? Enquête au sein du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole », 2018.

En parallèle de la recherche de ressources financières stables, reproductibles pour porter le développement de l'outil, la recherche d'interprètes, de nouvelles langues se poursuit. **En 2019, c'est ainsi 7 nouveaux qui seront recrutés par la coordination du Réseau. Ce sont environ 130 interventions prises en charge par le Réseau.**

### 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 flash<sup>31</sup>

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. 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 flash 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.

Dates	Intitulé de la formation	Intervenant	Nb pers.
24/01	Le trouble de stress post traumatique	Dr Frédérique WAREMBOURG, psychiatre et Dr Nicolas GAUD, pédopsychiatre, CHU de LILLE	60
07/03	Le secret partagé	Claire ANGENAULT, juriste, GHICL	63
16/05	La Maison Départementale des Personnes Handicapées	Guillaume LAUTE, directeur territorial adjoint	110
20/06	Les hépatites	Dr Valérie CANVA, hépatologue, CHU de Lille	29
12/09	La Santé des Femmes	Bérengère SEYVE, chargée de sensibilisation et Nadège PASSEREAU, directrice, ADSF Agir pour la santé des femmes	44
03/10	SI-SIAO : l'orientation vers l'hébergement	Jennifer GREMBER, cheffe de service SIAO, Aurore DELIGNE, coordinatrice SIAO couples et familles, SIAO, CMAO	103
12/12	La plateforme « solidarites.fr »	Par Jena Michel DESBONNET, CCAS, Ville de Lille	12

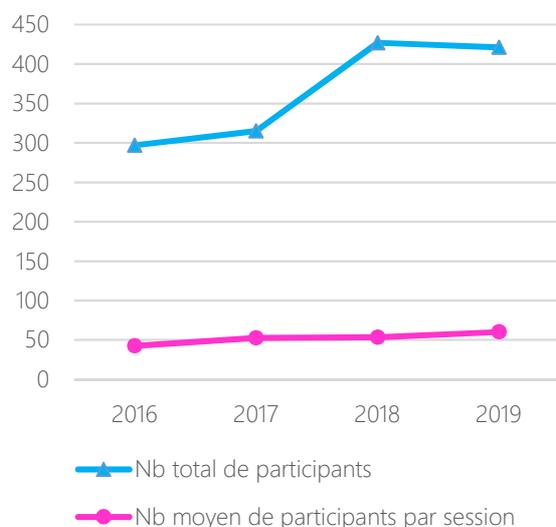
<sup>31</sup> Cf. Annexe n°5, Tableau de bord des formations flash 2019

Selon les sujets traités, les formations flash ont accueilli entre 12 et 110 personnes par session.

En 2019, 7 formations flash ont été dispensées.

- ➔ 421 personnes formées.
- ➔ En moyenne, ce sont 60 participants par session.

### Fréquentation des "Formations flash" [2016-2019]



#### ii. Le Diplôme Universitaire Santé Précarité

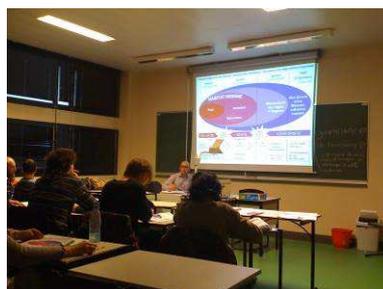
Depuis 2007, le RSSLM s'est associé à Médecins du Monde et à la faculté de Médecine de Lille dans la création d'un diplôme universitaire « santé précarité » (initié par Pr Yazdanpanah, chef de service maladies infectieuses du CH de Tourcoing). Pr Puisieux est directeur de cette formation depuis 2012.

L'équipe pédagogique est constituée de : Dr Alcaraz, médecin dermatologue du CH de Tourcoing, Franck ESNEE, coordinateur régional 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



En 2019, le DU Santé Précarité a accueilli et formé plus de 30 étudiants. Tous les candidats n'ont pu être inscrits. Cela témoigne

du besoin important de formation aux thématiques spécifiques « santé / précarité », en particulier pour des médecins en exercice.

La programmation a introduit de nouvelles thématiques : l'interprétariat, les dispositifs auto supports tels que Le Réseau des Entendeurs de Voix. Dans le cadre du DU Santé Précarité, le public de professionnels du Réseau a rejoint les étudiants afin d'assister à une conférence sur le thème des politiques migratoires européennes (intervention de Claire RODIER). Une centaine de personnes a ainsi pu mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrit l'arrivée grandissante d'une patientèle issue de la migration ainsi que les méandres de son parcours.

#### b) Le rôle pédagogique du réseau

##### i. Le réseau comme lieu de stage

En 2019, le Réseau a accueilli **deux étudiants** dans le cadre d'un stage :

- Etudiante, 1<sup>ère</sup> année d'assistante sociale de l'IRTS (8 semaines)

A partir d'un parcours de stage mutualisé entre les différentes structures membres fondateurs du RSSLM, le stagiaire a pu observer les modes de prise en charge complémentaires proposés par les différents membres du RSSLM dans le parcours de soins du

patient. Ce stage permet d'apprécier la mise en œuvre d'une approche globale et pluridisciplinaire d'une population ciblée, et l'intervention sociale dans le parcours de santé.

L'allongement de la durée de stage passant ainsi de 6 à 8 semaines a créé l'opportunité d'inclure des nouvelles structures dans le parcours de stage : l'EMPP/PASS psy de l'EPSM AL (La Ravaude).

- Etudiante, Cadre de Santé, IFCS Domezon, (3 semaines environ)

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'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 2019, le Réseau est intervenu :

- 21/01 : ISL, formation d'assistant de service social
- 06/03 : IFSI Domezon, formation IDE (1<sup>ère</sup> année)
- 27/11 : IF Santé, formation IDE (3<sup>ème</sup> année)
- 13/12 : Intervention auprès des masters « Gestion des Organisme sociaux », Université Lille 3

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

- 11/01 : Présentation du Réseau à la commission SIAO réunissant les partenaires de l'AHJ
- 01/02 : Participation à la table ronde « trajectoires et parcours hépatites » CHU de Lille
- 01/04 : Intervention DU IDE Addictologie
- 13/06 : Présentation du Réseau aux partenaires de l'autonomie (réseau partenarial animé par la MPDH/Pôle autonomie)

- 3/10 : Présentation aux étudiants Angers au CHU de Lille
- 08/10 : Présentation du Réseau dans le cadre de PAERPA organisé par l'ARS Hauts de France
- 22/11 : Présentation de la mission de régulation LHSS/LAM à la journée nationale de la fédération des Acteurs de la Solidarité à Paris
- 14/11 : Animation et intervention dans le cadre du forum logement d'abord organisé par l'URH, MEL et la CMAO

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

**Des sollicitations régulières pour comprendre une organisation originale, voire inédite de la coordination des parcours de santé des personnes en situation de grande précarité.**

**Entre 2016 et 2017** : 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. Après une première rencontre en septembre 2016, le RSSLM reçoit en novembre Maggie de Block, ministre fédérale des affaires sociales et de la santé belge. Les échanges se poursuivent en 2017 avec une délégation parlementaire bruxelloise et le directeur de l'INAMI (assurance maladie belge).

**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.

**En février 2018**, le Réseau est sollicité pour accueillir le groupe de travail « accompagnement renforcé dans la lutte contre l'exclusion » (pilote par Monsieur A. Régnier, préfet) consacré à la thématique psychiatrie, médico-social dans le cadre de la concertation sur la stratégie de lutte contre les exclusions et la pauvreté. Parmi les organisations retenues comme intéressantes : SSIAD précarité de l'ABEJ Solidarité, le travail partenarial entre CMAO et EMPP Diogène, le Réseau.

En 2019, des contacts à distance ont été développés avec des partenaires hors territoires, partenaires manifestant un souhait d'en savoir davantage sur des outils ou des fonctionnements développés par le Réseau afin d'éventuellement s'en inspirer :

- Contacts à distance : Conseil local de santé mentale en Normandie, Association AHI Pays de Loire
- Accueil une journée du Dr Alexandre SAGE, président de l'association SOLIDENT à Grenoble

Au-delà de ces présentations formalisées, des étudiants en master de 2<sup>ème</sup> 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 leur pratique professionnelle. Des thèmes sont identifiés : la continuité de la prise en charge entre les membres du réseau, l'évaluation des troubles psychiques et les orientations à préconiser, la prise en charge des femmes migrantes en sortie de maternité, la problématique des personnes vieillissantes à la rue... Afin d'avancer sur ces sujets, différentes modalités d'intervention sont proposées.

### a. Veille sur les problématiques rencontrées

Depuis de nombreuses années, **les patients atteints du syndrome de Korsakoff** 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 pour poser le diagnostic mais les solutions de sortie étant 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 un réel besoin de soins de suite ou autre.

En 2014, l'ABEJ Solidarité ouvre un foyer d'accueil médicalisé (FAM) à Capinghem, à hauteur de 12

places en réponse au manque de dispositif dédié à cette problématique pour le public de la rue. Fin 2018, l'ARS Hauts de France commande une étude concernant le parcours des personnes atteintes du syndrome de Korsakoff – étude auquel participe le Réseau et qui sera restituée à la fin de l'année 2019.

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 concernées par notre Réseau.

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

**La situation des enfants malades, sans nécessité 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 lits d'accueil pédiatriques (LAP). Porté par Eole, la Fédération des Acteurs de la Solidarité, ce projet a reçu également la participation du Réseau (professionnels référents de l'intervision pédiatrique). 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. Un travail de réécriture et d'actualisation du projet de dispositif expérimental est renouvelé puis transmis en 2018 à l'ARS.

Au 4<sup>ème</sup> trimestre 2019, une étude de ces besoins est menée par une association portant des appartements de coordination thérapeutique à la demande de l'ARS. Les membres du Réseau sont sollicités pour développer les constats, expressions des besoins relevés depuis plusieurs années, notamment dans le cadre de l'intervision pédiatrique. Un nouveau dispositif pourrait émerger en 2020.

## 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. Ainsi, en 2019, l'ADSF Agir pour la santé des femmes sollicite le concours du Réseau pour l'appui au développement de son action sur la métropole auprès des femmes en situation de grande exclusion.

## 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](#).

Par ailleurs, le RSSLM participera à la concertation de la MEL pour l'appel à manifestation d'intérêt quant à l'expérimentation de la politique accélérée du logement d'abord en 2018. Le territoire est retenu parmi d'autres à l'échelle nationale.

[En 2019, la mise en œuvre de cette politique du logement d'abord déployée par la MEL aux côtés des opérateurs dont la CMAO relève l'intrication entre les problématiques de santé et l'accès ou le maintien dans le logement. Le Réseau participe aux travaux et s'implique dans une perspective de participation au dispositif de gestion des situations complexes du logement d'abord.](#)

## 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 et 2018: accueil de stagiaires par les membres fondateurs, participation aux séminaires d'études.

En 2019, l'ABEJ Solidarité poursuit son implication dans le développement du logement d'abord en expérimentant l'ouverture du dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutiques Un chez soi d'abord aux jeunes de 18 à 23 ans.

## 6/ Tableau de bord de l'activité 2019

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 <a href="#">Cf. Synthèse du rapport d'activité 2019</a>
	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 <a href="#">Cf Synthèse du rapport d'activité 2019</a>
	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 <a href="#">Cf Rapport activité p. 34 à 37, et Annexe 2 (p. 64 à 76)</a> Nombre d'intervention adulte et enfant <a href="#">Cf. p.17</a> 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) <a href="#">Non tracé en 2019</a> Nombre de présents par intervention, par profession <a href="#">Cf. Annexe 3 (p. 77 - 78)</a>
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 <a href="#">Groupe de travail pédopsychiatrie et précarité</a>
		Créer un suivi des partenaires	Nombre de partenaires par type de structure, nombre de nouveaux partenaires sur l'année <a href="#">Tracé pour les interventions et formations flash Annexe 3 et 5</a>
	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 <a href="#">Cf. Annexe 6 (p. 88 à 90)</a>
	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
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 <a href="#">Cf. Annexe n°5 (p. 86 à 87)</a>	

	Définir le territoire du RSSLM	Elaboration d'une carte définissant le territoire d'intervention du réseau	Production d'une carte du réseau <a href="#">Cf. Site internet</a>
	Créer un annuaire des ressources consultable	Cartographie sur le site internet	Annuaire consultable et mis à jour sur le site internet du réseau – <a href="#">Cf. Site internet</a>
<b>Réguler les LHSS de la métropole lilloise</b>	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 <a href="#">Cf. Annexe 1 (p. 58 à 63)</a> Nombre d'intervention donnant lieu à une demande de prise en charge en LHSS Nombre de LHSS attribué suite à une intervention <a href="#">Cf. Rapport d'activité p. 34 à p. 37</a> Fournir à l'ARS le contrat de mise à disposition et ses avenants

## 7/ PERSPECTIVES 2020

En 2020, l'objectif principal du Réseau consistera au déploiement du Réseau à l'échelle métropolitaine, développement appuyé par le financement complémentaire de l'ARS Hauts de France inscrit par avenant au CPOM 2018-2022. Ce déploiement se construira à partir de 3 axes principaux :

- L'appui à la coordination des situations complexes : structurer la réponse en matière de coordination des parcours à travers la mise en œuvre du 0.5 ETP de poste infirmier « coordinateur de parcours de soins complexes » au sein du Réseau.
  - o Définition des critères de complexité pour une inclusion dans la coordination des parcours
  - o Recensement et étude des motifs de « saisine » du Réseau
  - o Définition des typologies de réponses en matière d'appui à la coordination des parcours de soins complexes
  - o Suivi dans le temps des situations individuelles complexesUn bilan intermédiaire de la mise en œuvre de ce poste sera réalisé et proposé comme support d'échanges avec l'ARS Hauts de France en vue d'une demande d'augmentation du temps de travail dédié à cette mission (passage à 1 ETP)
- La question du parcours de santé des personnes migrantes. Les besoins en termes d'interprétariat et de pratique transculturelle étant largement confirmés par le terrain, le Réseau poursuivra les actions cherchant à :
  - o structurer sur la métropole lilloise une offre d'interprétariat (type plateforme)
  - o pérenniser, professionnaliser et développer l'usage du dispositif d'interprétariat (groupe de travail, prospection de financements complémentaires, formation)
  - o concrétiser une réponse spécifique et partenariale à l'évaluation des besoins en termes de soins, notamment de soins de santé mentale, pour les patients en situation d'exil
- L'adaptation de la gouvernance du Réseau à son nouveau périmètre métropolitain d'intervention

Lu et approuvé par le promoteur

(Signature)

*Lu et approuvé*



The image shows a circular official stamp. The outer ring contains the text "EPSM de l'agglomération lilloise" with two stars on either side. The inner circle contains the text "Le Directeur délégué F. LEQUIN". A handwritten signature in blue ink is written over the stamp.

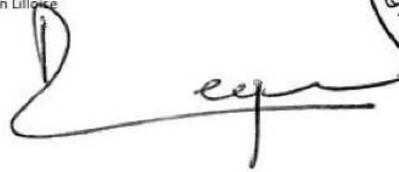
IV - CHAPITRE BUDGETAIRE : dépenses

Budget RSSLM 2019 / 2020 EPSM agglomération LILLOISE	2019				2020		
	Nb ETP	Prév. CPOM	Réalisé	Ecart	Nb ETP	Prév. RSSLM	Prév. CPOM
<b>Frais directs</b>							
<b>Sous famille coordination</b>							
Masse salariale							
Médecin coordinateur parcours complexes (mis à disposition ABEJ)	0,3	24 500,00	16 000,00	8 500,00	0,3	16 000,00	24 500,00
Médecin de régulation LHSS	0,5	45 800,00	50 081,18	-4 281,18	0,5	50 112,03	45 800,00
Soignant	0,25	12 500,00	4 166,67	8 333,33	0,5	24 292,50	25 000,00
Sous total salariés	1,05	82 800,00	70 247,85	12 552,15	1,3	90 404,53	95 300,00
Honoraires prestataires extérieurs coordination (à détailler pour chacune des prestations dérogatoires)	0	0,00	0,00				
<b>Total sous famille Coordination</b>	<b>1,05</b>	<b>82 800,00</b>	<b>70 247,85</b>	<b>12 552,15</b>	<b>1,3</b>	<b>90 404,53</b>	<b>95 300,00</b>
<b>Sous famille soins</b>							
Masse salariale (à détailler)							
	0	0	0				
Sous total soins	0	0	0		0,00	0,00	0,00
622620 Honoraires prestataires extérieurs soins			0				
<b>Total sous famille soins</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Sous famille formations liées aux soins</b>							
Honoraires prestataires extérieurs formation							
622630 formation							
Honoraires prestataires extérieurs formation	0	0	0				
625130 Frais de déplacements	0	0	0				
623333 Frais de congrès	0	0	0				
622830 Frais divers d'indemnisation de formation	0	0					
<b>Total sous famille formation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Frais indirects</b>							
<b>60 Achats de marchandises non stockées</b>		<b>1 050,00</b>	<b>1 742,36</b>	<b>-692,36</b>		<b>2 700,00</b>	<b>1 050,00</b>
6061 Prestations de service, eau, énergie		50,00					50,00
Fournitures d'entretiens et petit équipement							
6064 Fournitures administratives		500,00	65,63			500,00	500,00
6066 Carburants		0,00	60,19			400,00	
6068 Autres matières et fournitures		500,00	1 616,54			1 800,00	500,00
<b>61 Services extérieurs</b>		<b>1 500,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1 500,00</b>		<b>0,00</b>	<b>1 500,00</b>
6110 Sous traitance générale		1 000,00	0,00				1 000,00
6120 Redevance crédit de bail							
6130 Locations							
6132 Location immobilières							
6135 Location mobilière							
6140 Charges localitves et copropriété							
6152 Entretien sur biens immobiliers							
6155 Entretien sur biens mobiliers							
6156 Maintenance							
6160 Assurance							
6170 Etudes et recherches							
6180 Documentation, divers		500,00	0,00				500,00
<b>62 - Autres services extérieurs</b>		<b>3 726,00</b>	<b>10 737,24</b>	<b>-7 011,24</b>		<b>5 233,50</b>	<b>5 818,00</b>
622600 Honoraires expert comptable							
622601 Honoraire commissaire aux comptes							
622700 Frais d'actes et contentieux							
622800 Divers		934,00				733,50	934,00
622800 Divers extension à l'échelle du Réseau		2 092,00	8 937,20			4 000,00	4 184,00
623000 Publicité, Publication, relations publiques							
Transports de biens, et transports collectifs du personnel							
624000 Déplacements, missions, réceptions		500,00	170,20			300,00	500,00
626000 Frais postaux et de communications		200,00	138,24			200,00	200,00
627000 Services bancaires et assimilés							
628000 Divers (adhésion, cotisation)							
63 Impôts							
65 Autres charges de gestion courante							
66 Charges financières							
67 Charges exceptionnelles			1 491,60				
68 Dotations aux amortissements							
<b>Sous total frais indirects</b>		<b>6 276,00</b>	<b>12 479,60</b>	<b>-6 203,60</b>		<b>7 933,50</b>	<b>8 368,00</b>

<b>Masse salariale et personnel mis à disposition structure administrative</b>						
	46 900,00	48 266,56	-1 366,56		49 730,00	46 900,00
Coordination administrative - Christelle LEMAIRE	46 900,00	48 266,56			49 730,00	46 900,00
<b>Total des charges du budget de fonctionnement</b>	<b>53 176,00</b>	<b>60 746,16</b>	<b>-7 570,16</b>		<b>57 663,50</b>	<b>55 268,00</b>
<b>Interprétariat (participation coordination)</b>	<b>0,00</b>	<b>2 600,00</b>			<b>2 500,00</b>	
Gratification stagiaire	0,00					
<b>Emploi des contributions volontaires en nature</b>						
Secours en nature	0,00					
Mise à disposition gratuite de biens et prestations	0,00					
Personnel bénévole	0,00					
<b>Total</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Total général</b>	<b>135 976,00</b>	<b>133 594,01</b>	<b>2 381,99</b>		<b>150 568,00</b>	<b>150 568,00</b>

Le Directeur Délégué EPSM Agglomération Lilloise  
Le Directeur des Affaires Financières

F. LEQUIN




## V - RESULTAT DE L'EXERCICE

Le résultat de l'exercice 2019 fait apparaître un **excédent de 2382 €**.

En 2019, le Réseau a reçu un financement complémentaire à hauteur de 14 652€ portant le budget global du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole à 135 976€, intégré par voie d'avenant au CPOM 2018-2022, afin de déployer :

- un poste soignant à 0.5 ETP sur une mission de coordination de parcours de santé complexe
- l'action générale du Réseau à l'échelle de la métropole lilloise.

La mise en œuvre s'est réalisée à réception des notifications de financement, c'est-à-dire à partir de novembre 2020. Cet écart de calendrier explique le ratio de la dépense non consommée (sur le poste soignant en particulier, chiffrée à 8 333 €).

Le Réseau a sollicité à l'Agence Régionale de Santé l'autorisation de provisionner cette enveloppe vers une formation dans le cadre d'un projet partenarial de consultation transculturelle.

ANNEXES AU  
RAPPORT D'ACTIVITE 2019



Réseau santé solidarité  
Lille métropole

SUIVI DES RESEAUX DE SANTE  
N° : 960310332

Annexe n°1

Rapport d'activité 2019

Du dispositif des Lits Halte Soins Santé de la métropole Lilloise

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



## LES LITS HALTE SOINS SANTE

MSL assure la régulation médicale des Lits Halte Soins Santé.

### 1- Présentation du dispositif

#### 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.

#### B - Public accueilli

L'indication d'accueil en LHSS est **MEDICALE**.

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.

#### 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 (40 LHSS depuis octobre)**

- Abej : 14 LHSS hommes ou femmes
- Eole - Escale : 6 LHSS femmes
- Eole - Pont leu : 6 LHSS hommes + 3 nouvelles places en octobre
- Accueil Fraternel Roubaisien : 6 LHSS hommes
- Armée du salut : 5 LHSS hommes.

#### E- Les étapes

##### 1. Demande d'orientation

Un diagnostic médical est établi par un médecin (généraliste, hospitalier ou d'un centre d'hébergement d'urgence). Les « fiches de demandes de LHSS » sont adressées au médecin régulateur de MSL.

##### 2. 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.

##### 3. suivi médical et social de la personne en LHSS

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.

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.

#### 4. 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.

## 2- Le Dispositif sur la Métropole Lilloise

### A- Aspect quantitatif

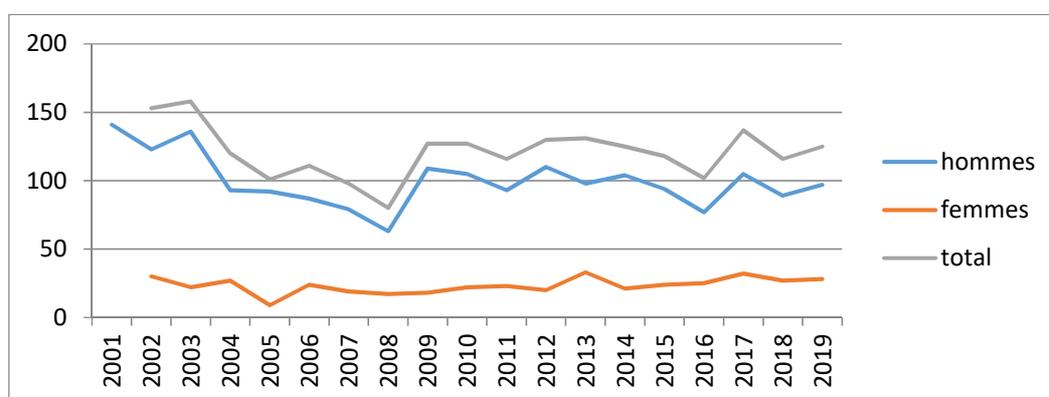
#### a. Admissions et file active

En 2019, le dispositif LHSS a accueilli **97 hommes, 28 femmes**.

Soit **125 admissions pour 37 LHSS** avec une **file active de 120 patients**.

(Ces chiffres comprennent également les patients étant toujours en LHSS au 01/01/2020).

L'âge moyen des patients est de 39 ans pour les femmes et de 47 ans pour les hommes. Le plus âgé a 76 ans.



**Le dispositif reste saturé quasiment en permanence.** Ceci s'explique par l'allongement du temps de séjour en LHSS même si le nombre d'admissions est en diminution par rapport à 2001.

#### b. Durée de séjour

La **durée moyenne de séjour des LHSS** est de **124 jours pour une médiane à 69 jours**.

- Pour les femmes : **106 jours** en moyenne pour **une médiane à 51 jours**
- Pour les hommes : **130 jours** en moyenne pour **une médiane à 76 jours**.

Les médianes donnent une idée plus précise de la durée de séjour en enlevant les extrêmes (patient ne restant qu'une journée ou patient là depuis plus d'un an).

57% 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.

Les patients accueillis présentent des pathologies de plus en plus lourdes, où la sortie ne peut être envisagée qu'à la condition de trouver une solution de logement stable. Le LHSS permet aussi de faire un bilan plus large par rapport à la pathologie que si le patient était à la rue.

Et certaines situations sociales bloquent la sortie alors que le problème médical est résolu.

#### c. Demandes non satisfaites & annulations

182 demandes qui n'ont pas abouti à un LHSS sur la métropole lilloise, 135 hommes et 47 femmes.

Ce chiffre comprend des demandes non satisfaites (33%) et des demandes annulées (67%).

- **Annulation** de la demande : 122 (la demande n'est plus indiquée ou une autre solution a été trouvée).
- Refus par **manque de place** : 27
- Refus pour **indication hors cadre (sociale et/ou médicale)**: 33

Parmi les pathologies, on retrouve :

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

Lorsque ce type de demandes est réalisé par les assistantes sociales hospitalières, c'est en général à défaut d'autre solution à proposer. Nous sommes parfois amenés à accueillir certains de ces patients pour ne pas les laisser à la rue. Ces patients sont souvent ceux qui séjournent en LHSS plus de 2 mois.

L'analyse des besoins non satisfaits par le dispositif peut ainsi permettre à l'ARS d'envisager 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.

## B- Aspect qualitatif

### a. Provenance

→ 61% des patients sont orientés par le **milieu hospitalier**

**GHICL : 23%, CHR : 14%, CH Dron : 10%, CH Victor Provost : 6%** ou autres hôpitaux : 6%

→ 27% des patients sont orientés par les **centres médico-sociaux** (Abej et MSL)

→ 12% des patients sont orientés par le 115, le centre pénitentiaire ou les médecins libéraux.

### b. Pathologies ayant motivé l'admission

- chez les hommes :

	2019
Pathologie chronique	41%
Traumatologie	15%
Dermatologie	12%
Infection	9%
AEG, épuisement	9%
Post-chirurgie	8%
Autre pathologie aigües	6%

**42%** souffrent d'une **dépendance associée** (alcool, toxicomanie).

Et **16%** des patients accueillis ont des problèmes psychiatriques ou des troubles du comportement.

- chez les femmes :

	2019
Pathologie chronique	39%
Grossesse, suite de couches	26%
Infection	13%
Autre pathologie aigüe	9%
Post chirurgie	9%
Pathologie traumatique	4%

**20%** 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 2019 :

SS base	29%
CMU base ou PUMA	26%
Aucune	26%
ALD 100%	11%
AME	8%

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

L'équipe sociale du foyer et le patient se heurtent à de nombreuses difficultés pour trouver une solution d'hébergement, en raison d'une carence importante en hébergement (foyers, logement personnel, accueil d'urgence, logement adapté aux personnes présentant des problèmes de santé et ne pouvant plus vivre seuls).

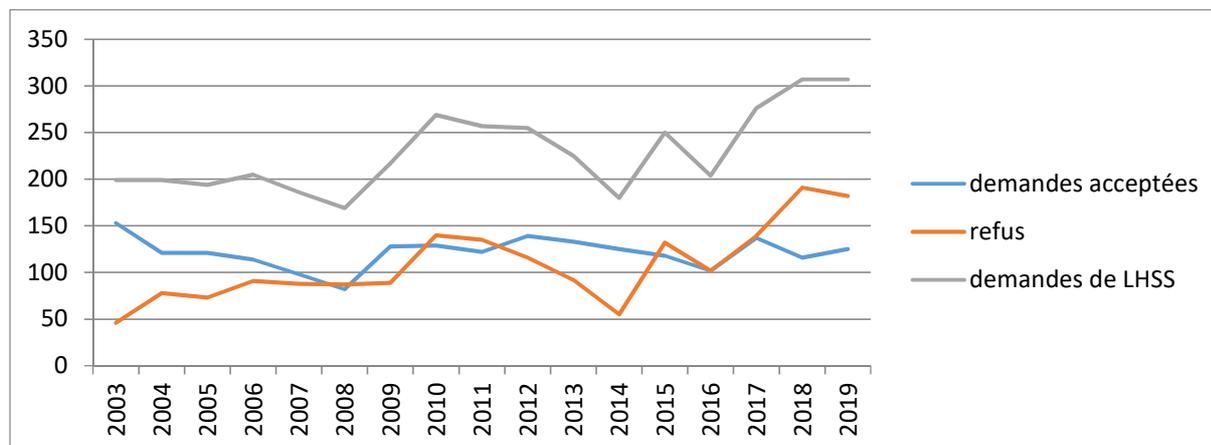
Au 31/12/2019, 35 hommes et 7 femmes sont encore accueillis en LHSS.

Parmi les patients sortis du dispositif en 2019 :

- 41% des patients : **retour en accueil d'urgence**
- 33% : **solution de sortie stable** pour un temps (CHRS, relogement, famille, maison de retraite)
- 17% : hospitalisation ou transfert vers un autre LHSS ou LAM
- 7% : disparition des patients avant la fin des soins
- 4% : retour en incarcération ou mise à pied

### 3- Les dysfonctionnements

L'**engorgement des LHSS** ne nous a permis en 2019 de n'accepter que 41% des demandes.



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 entrants restent souvent pour une durée supérieure à 2 mois,
- 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).

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

##### -Femmes enceintes et suites de couches

En cas de grossesse pathologique, en fin de grossesse ou en post-partum, les centres d'accueil d'urgence (fermés en journée) ne sont pas adaptés. 6 **femmes** ont été accueillies pour grossesse ou soins de césarienne cette année. D'autres demandes ont été faites, qu'il n'a pas été possible d'honorer.

#### - Pathologies neuropsychiatriques

**32% 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

77% d'entre eux sont restés plus de 2 mois. 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.

#### -Poly-pathologies, pathologies chroniques

**10% 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.

33 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.

#### -Suites de traumatologie lourde

4 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.

### **B. Manque de structures d'hébergement adaptées.**

**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** dédiées :

- Aux enfants atteints d'une pathologie lourde et sa famille
- aux patients vieillissants en mauvaise santé, trop jeunes pour entrer en maison de retraite, et trop âgés pour rester à la rue ou en hébergement d'urgence fermé la journée.
- aux personnes ayant une pathologie invalidante.

Actuellement, les foyers classiques (type CHRS) n'ont pas cette vocation. Cela concernerait :

- les malades psychiatriques ne relevant plus d'une hospitalisation,
- les patients fragilisés sur le plan cardio-respiratoire,
- les patients ayant une maladie de longue durée (cancer, dialyse) ou un handicap.

### **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 2019

Synthèse des situations abordées



Sexe	Origine	Age	Hébergement	porteur demande	Partenaires invités	Motif	Difficultés santé	Date	Actions à mettre en œuvre	Informations des suites
M	Hors UE	49	Sans solution	GHICL, Hôpital Saint Vincent	Pas d'autres partenaires identifiés	Quelle solution de sortie temporaire avant un relais vers les soins palliatifs? Comment accompagner la fin de vie dans des conditions de vie dignes ?	Pathologie neurologique	31/01/2019	Caractère d'urgence et exceptionnel de la situation. En l'absence d'un entourage, peu d'alternatives se dégagent. Concernant les solutions post-hospitalières (perte d'autonomie, absence d'étayage familial et amical, absence de logement) : Relancer une demande LAM à adresser à l'équipe LAM de l'ABEJ ainsi qu'à MSL. Signalement à l'ARS Hauts de France; Concernant le volet administratif et social : solliciter l'expertise d'ARELI concernant les personnes âgées immigrées (Vieillesse plurielles), solliciter le consulat Marocain	14 mars : orientation et admission vers soins palliatifs de l'hôpital de Loos
M	France	41	Locataire, risque d'expulsion	CLSM	CCAS, Viesavie, Partenord	Comment amorcer un accompagnement dans un contexte de grande vulnérabilité ?	Pathologie neurodégénérative	31/01/2019	Signaler cette situation au procureur de la république. Nécessité d'une mesure de protection : Les éléments médicaux à recueillir à associer à une note sociale. Dr Christian MATTON prendra contact avec le médecin généraliste identifié. Le père sera contacté par la coordination médicale du Réseau (recueil éléments nosographiques). Privilégier l'adhésion dans la proposition d'une mesure de protection. Recueil d'informations : contacter Le Pari et le CITD, solliciter le médiateur santé de la ville. Accompagnement social et santé : Solliciter la maraude de la CMAO afin de tisser un lien. Si l'absence de médecin traitant est confirmée, orienter vers le centre de santé de l'ABEJ. Il est urgent de réenclencher les droits (AAH). Le CCAS peut accompagner aux démarches sociales en complémentarité des partenaires du soin. Domiciliation possible auprès du CCAS.	RSSLM : Contact avec le père, médecin traitant et CSAPA pari. Sollicitation maraude de la CMAO mais Viesavie parvient mi-février à accrocher monsieur qui accepte un accompagnement sur l'actualisation de ses droits. En mars, remise en lien avec son père qui l'accueille. D'autres synthèses organisées par le CLSM à l'issue de l'intervention, l'accompagnement VISA VIES est maintenu, le lien reste fragile.

F	France	77	Logement risque d'expulsion	MAIA Lille Agglo	G21/ Diogène, CCAS Hellemmes, CLIC, Service logement Oslo, RSG, petits frères des pauvres, ASAPN	En l'absence d'adhésion, la gestion de cas ne peut se poursuivre. Quid de l'accompagnement à venir ?	Suspicion troubles psychiques, pertes de mobilité	28/02/ 2019	La demande de Madame se cristallise autour du logement. Des liens fragiles se sont tissés avec la chargée de relogement. Ce lien a facilité l'accompagnement amorcé. Madame pourra jouir d'un nouveau logement à compter du 3 mars 2019. Madame se présente désormais sur la structure sans agressivité et honore ses rendez-vous. Lorsque l'emménagement sera effectif, Madame s'est engagée à recevoir les professionnels du CCAS à domicile. Le CCAS d'Hellemmes respecte la priorité de Madame, à savoir le logement. En vue du relogement, Madame a ainsi accepté la mise en place de prélèvements mensuels pour le paiement des loyers. Néanmoins, la question de la mesure de protection est abordée. Une demande d'ASPA a également pu être déposée. Dans un second temps, la question de la santé : renouer avec le suivi en médecine générale, en s'appuyant sur le soutien de l'ami de Madame. Le G21, secteur de santé mentale du territoire, demeure disponible si une orientation vers une évaluation et un éventuel suivi étaient envisagés. L'adhésion reste à entretenir et renforcer.	
M	Hors UE	79	Logement	MAIA Lille Agglo	CLIC Ville de Lille, G21/Diogène, EPSM AL G24, CLSM, Réseau de Santé Gériatrique, Petits frères des	Besoin d'un accompagnement important dans un contexte de refus d'aide	Perte d'autonomie, pathologie psychiatrique	28/02/ 2019	Selon le domicile actuel et la rupture ancienne de suivi, le service de psychiatrie à solliciter est le G24. Il est proposé d'introduire un nouvel acteur pour renouveler l'approche en partant de la situation du logement (s'appuyer sur le lien de l'APU de Wazemmes). Les petits frères des pauvres proposent de rencontrer Monsieur avec un infirmier d'un service de santé mentale (IDE Diogène). La tutrice sera tenue informée de ces démarches. L'objectif est de tisser un lien pour progressivement travailler sur l'orientation vers les	Plusieurs visites sans succès en mars. Suite à une visite et constat de l'incurie, le dénuement, et l'état de santé de Monsieur (confusion, incurie), appel au 15 et hospitalisation sans consentement sur le G24. Synthèse en mai avec le CLSM, Diogène, G24, Les petits frères des pauvres, la

					pauvres, ASAPN				soins. Le CLIC souligne une potentielle dangerosité liés à des événements antérieurs, raison pour laquelle il est conseillé d'organiser cette démarche dans la concertation et dans le cadre d'un binôme. Les partenaires du CLIC soulignent l'importance des soins à organiser. En fonction de la mise en œuvre de cette première action, la stratégie pourra être amenée à être réévaluée en approchant la situation au prisme d'un éventuel péril imminent (en concertation avec le secteur de psychiatrie).	tutrice pour définir les pistes d'un projet à proposer à monsieur, hospitalisation maintenue. En novembre 2019, entrée dans une résidence personnes âgées à Bois Blancs, maintien du suivi G24 pendant 3 mois avant relais avec le secteur de psychiatrie du territoire.
M	Hors UE	80	Logement, mesure d'expulsion	CLSM	MAIA Lille Agglo, CLIC Lille, CCAS Lille, Médiation santé, SOLIHA, Magdala, ARELI, RSG, Visa	Comment organiser un accompagnement aux besoins importants dans un contexte de refus d'aide ?	Conduites addictives, déclin cognitif, perte d'autonomie, lésion cutanées, suspicion troubles cognitifs ou psychiques	28/02/2019 et 28/03/2019	Priorisation : la gestion de l'urgence médicale. Organiser une hospitalisation de manière urgente. Il est probable que monsieur soit opposant, envisager une hospitalisation sans consentement. Sur le volet administratif, l'association Saffia peut se rendre disponible pour le problème du renouvellement du titre de séjour. En mars, nouveau passage en intervision : demande LAM sera traitée lors de la commission d'attribution du 29 mars. Les pistes d'EVA (Arel) et d'un accueil temporaire ne sont pas retenues (manque d'adhésion). Sur le volet administratif, mise en place d'une mesure de protection permettra d'avancer sur les démarches administratives et sociales. Elargir les orientations LHSS en sortie d'hospitalisation (Leval à Maubeuge), la CMAO pourrait se rendre disponible à accompagner monsieur à la banque si cette démarche peut tendre à le rassurer. MSL propose une demande LHSS, monsieur pourrait être admis a minima le temps de soins cutanés sous réserve qu'il accepte cette orientation.	Demande de mesure de protection sollicitée en urgence par l'équipe sociale hospitalière ET inclusion en gestion de cas en mars 2019. Accueil en structure ARELI (EVA) en octobre 2019 - régularisation du volet administratif et social par le curateur

M	France	55	Sans solution	GHICL	MSL, curateur	L'absence de solution d'hébergement ou de logement met en échec toute tentative d'orientation vers une prise en charge de rééducation (niveau intensif).	Syndrome de korsakoff ou démence alcoolique	28/03/2019	Consolider le parcours de santé en ne négligeant pas le besoin avéré de rééducation. La demande d'orientation en LAM sera étudiée dès le 29 mars en commission d'attribution. A défaut d'attribution d'un LAM, monsieur pourrait être orienté vers un LHSS dans l'attente. Afin de favoriser l'accès aux soins de rééducation, Dr Marie-Laure FRYS propose un engagement de l'équipe de régulation médicale LHSS auprès des services de rééducation (solution de sortie). On insiste également sur la nécessité d'anticiper la sortie du SSR afin que MSL s'organise pour la place LHSS/LAM.	Certificat d'engagement à une admission LHSS transmis par MSL, néanmoins les difficultés à faire admettre monsieur sur un service de rééducation persistent.
F	Hors UE	42	Hébergement d'urgence	CMAO	Eole, MSL, CHU de Lille		Pathologie infectieuse, insuffisance rénale, problème de mobilité	28/03/2019	La régulation médicale du LHSS ne peut orienter Madame sur le dispositif. Madame a surtout besoin d'un hébergement adapté à sa situation de fatigabilité et de mobilité où se stabiliser. Une solution a été trouvée par le 115 à l'armée du Salut ( 1er avril). Cette arrivée correspond à l'accès à la couverture sociale qui pourra enclencher une demande ALD, permettant ainsi de se dégager des accompagnements physiques aux soins de dialyse, le service des ambulances pouvant prendre le relai. Dans le cadre de sa demande d'asile, madame pourra probablement être réorientée vers une structure HUDA ou CADA.	
F	France	67	Locataire sans titre	Petits frères des pauvres	CLSM, APU, CIIC, Diogène, UTPAS, médecin traitant, CCAS, MAIA, Logipsy, Ariane	Trouver des solutions de relogement adapté aux problématiques médico-sociales	Pathologie psychiatrique	27/04/2019	Compte-tenu de la situation, l'outil CMP paraît plus pertinent en complémentarité de l'accompagnement des Petits frères des Pauvres. Il serait donc nécessaire d'échanger avec Dr FAUBRY. Le Réseau sollicitera le Dr Marsili pour la liaison avec le médecin en vue d'une orientation vers le CMP du G19. Il est proposé de solliciter une VAD du médecin traitant.	Madame n'adhère pas à la proposition d'être orientée vers le CMP.

F	France	59	ALT	Petits frères des pauvres	CLSM, G20	Trouver des solutions de relogement adapté aux problématiques médico-sociales	Addictologie, Pathologie psychiatrique	27/04/2019	Solliciter un renfort d'accompagnement par le CMP et notamment d'interventions infirmières et sociales, à domicile. Le CMP a d'ores et déjà fait la proposition de l'avancement de la consultation médicale. Le Réseau propose de faire le lien avec l'équipe du CMP pour organiser un échange avec l'équipe des petits frères des pauvres.	Liaison faite avec SIAO pour orientation en Pension de Famille, passage en commission Logement d'Abord (synthèses en février et mars 2020)
M	France	64	Locataire sans titre	GRAAL	ASAPN, MAIA Lille Agglo, médecin traitant	Développer l'étayage et l'accompagnement	Pathologie neuro cognitive (TCLA), incurie, perte d'autonomie	23/05/2019	Un coordinateur médical du Réseau contactera le service des urgences de Salengro afin de faire le point sur cette situation préoccupante et demander un bilan cognitif. Le coordinateur médical prendra contact avec le médecin traitant pour proposer l'appui du réseau dans le parcours médico-social. La question de l'orientation vers un LHSS n'est pas accessible car Monsieur est logé cependant lors de la perte effective du logement, cette solution pourra être envisagée. Une orientation vers le dispositif Visavie ou les structures VISA est évoquée : Le GRAAL les contactera afin de connaître leur modalité d'accueil. Prise de contact avec Le Service Prévention Santé de la ville pour compléter l'étayage en termes d'accompagnement et notamment accompagnement vers le soin. Enfin, le Réseau se rapprochera du pôle autonomie de la DTML afin de prendre les informations concernant l'APA d'urgence.	
F	France	48	Locataire	SOLIHA	CHU de Lille	Amorcer un accompagnement social dans un contexte de mesure d'expulsion	Pathologie chronique (dialyse), suspicion de trouble psychique	23/05/2019	Le Réseau prendra contact avec l'assistante sociale du CH Huriez pour les mettre en alerte sur la situation. Madame risque d'être expulsée tandis que son état de santé placerait madame dans une situation de grande vulnérabilité. Le motif de l'accord de l'AAH n'est pas connu. Madame serait-elle connue des partenaires de la psychiatrie ? L'équipe Diogène se rapprochera des	

M	Hors UE	54	CHRS	CMAO	Diogène, EPSM AL-G11, ABEJ Solidarité (CHRS et accueil de jour), Ville de Lille médiathèque, FADS, AFO, Magdala, CDS ABEJ	Pathologie psychiatrique suspectée, troubles du comportement	27/06/2019	<p>établissements afin de savoir si Madame est connue. En l'absence d'autres pistes pour tenter d'établir un contact, puis un accompagnement social auprès de Madame, les partenaires rappellent qu'il pourrait être intéressant également de solliciter un autre professionnel de Soliha.</p> <p>Sur le volet administratif : éclaircir les démarches administratives entamées, il y a quelques années. Solliciter AIDA en s'appuyant sur le concours de la CMAO. Sur le volet santé : si les partenaires identifient les soins comme axe de travail important, ne pas précipiter l'intervention médicale dans ce contexte d'arrivée sur la structure. Il est proposé de laisser les référents socio-éducatifs de la structure faire connaissance avec monsieur, et de faire un lien progressif avec les interventions des médecins généralistes de l'ABEJ Solidarité dans un second temps. Cette temporisation paraît d'autant plus pertinente que monsieur a accepté, par le passé, de rencontrer des médecins, il ne semble pas y avoir d'opposition de principe. Dr MARSILI reste disponible si besoin. Sur la question du comportement : Dr MARSILI rappelle que la crainte que pourrait inspirer les comportements ne doit pas empêcher de rappeler le cadre et les règlements. Il est précoce d'avancer sur le projet d'accompagnement au niveau du logement, la piste de travailler sur une mutualisation hébergement/logement est suggérée. A l'heure actuelle, les partenaires n'ont pas de visibilité quant aux capacités de monsieur à vivre en autonomie dans un logement.</p>	Sortie du CHRS après qq semaines, contact travaillé avec EMPP Diogène à partir de l'accueil de jour de Magdala (rencontres régulières pour création du lien), orientation VS début 2020
---	---------	----	------	------	---	--	------------	--	---

M	France	47	CHRS	FADS	ABEJ CHRS, Diogène, CPAA, CMAO,		Pathologie psychiatrique	27/06/ 2019	<p>Selon Dr MARSILI, la situation de devoir quitter l'hébergement, de se retrouver en situation de rue peut amener un changement de comportement dont pourrait se saisir l'équipe socio-éducative et/ou l'EMPP Diogène. Compte tenu des éléments rapportés, de l'absence de dangerosité pour les autres et pour lui-même, il n'y a pas suffisamment de matière à organiser une hospitalisation en psychiatrie. Il est proposé de creuser la question de la santé générale : monsieur a-t-il une protection sociale et des droits à jour ? a-t-il un médecin traitant ? A noter que si monsieur se refuse à quitter sa chambre, la structure s'engagera dans une procédure d'expulsion.</p>	A accepté de quitter les lieux, semble avoir quitté ensuite le territoire métropolitain
M	Hors Europe	67	CHU DIFFUS	AFEJI	Diogène, Vieillesse plurielles, MAIA Lisas, GHICL, médecin traitant, AIDA	Dans quel contexte et comment passer le relais de cet accompagnement ?	Troubles cognitifs, perte d'autonomie	26/09/ 2019	<p>Monsieur correspond aux critères gestion de cas MAIA, celle-ci resterait limitée. (Pas d'APA accessible car irrégularité du séjour). Dans la mesure où la place d'hébergement est stabilisée, la MAIA peut intervenir sur l'aspect de coordination des soins. L'AFEJI remplira une fiche de signalement (FOP) en sollicitant MAIA et CLIC. Santé : Il est proposé de réinvestir la question de la complétude du bilan neurologique : prendre RDV à St Vincent en organisant la présence d'un traducteur. Demander au médecin traitant une prescription d'une aide à la toilette le temps des pansements pour soulager madame (SSIAD Wasquehal) et la prescription d'un fauteuil roulant (après avoir vérifié l'accessibilité de l'appartement). se rapprocher d'un cabinet de kinésithérapie proche du domicile pour faciliter l'accès à ces soins pour solliciter dans un second temps les visites à domicile. Le Réseau Vieillesse plurielles signale qu'il a engagé un travail de fond avec un juriste sur la question des délais longs d'obtention</p>	Inclusion en gestion de cas en fin d'année 2019

								des réponses pour les demandes de titres de séjours par la préfecture. Vieillesse plurielles se propose de soutenir l'AFEJI sur cet aspect sans se substituer à AIDA sur le volet de l'accompagnement.	
M	France	41 ans	locataire	1 chez soi d'abord	Ariane, EPSM AL G23, Centre de santé ABEJ Solidarité, GHICL, CMAO, Diogène	Quelles actions organiser dans un contexte de risque sanitaire important et d'un risque de perte de logement	Pathologie psychiatrique, Altération de l'état général, addiction	17/10/2019	L'hospitalisation demeure la priorité compte tenu de l'état de santé très dégradé : orienter directement monsieur vers l'hospitalisation du G23 sans passer par le CCAA ou le service des urgences somatiques. L'urgence est donc de retrouver monsieur : l'équipe de la CMAO sera attentive dans le cadre de ses maraudes et signalements. Une mise en lien partenariale est nécessaire. Il semble important d'articuler la séquence d'hospitalisation sans consentement à une séquence de cure et post cure. Le service de post cure à Berlaimont est évoqué. Le secteur du G23 a l'habitude de travailler avec ce service. Les partenaires échangent sur la nécessité d'anticiper la question de l'accès au tabac et son argent. Ces questions peuvent devenir des freins, voire des motifs de rupture de parcours. Enfin compte tenu du dépôt de plainte, de la méfiance et de l'hostilité du voisinage, il semble inévitable de rendre le logement.
M	France	65 ans	perte de logement	EPSM LM - G21	Ariane	En l'absence de solution médico-sociale ou de logement, Georges est maintenu actuellement en hospitalisation. Quelles	Pathologie psychiatrique	17/10/2019	Les partenaires proposent d'orienter monsieur vers les ACT 1 chez soi d'abord. Instruire le dossier et de se rapprocher de l'EMPP Diogène pour cette orientation. Le dispositif de pension de famille envisagé : vérifier dans un premier temps les critères d'entrée de la pension de famille. Le Réseau transmettra les coordonnées et plaquette de présentation du dispositif ISAIF, dispositif permettant de bénéficier d'un soutien/prospection à l'orientation vers des structures médico-sociales

						orientations sont-elles accessibles ?			en Belgique, adaptées aux besoins de l'utilisateur. Enfin, le Réseau évoque la démarche « RAPT » (une réponse accompagnée pour tous) mis en œuvre par la MDPH. Cette démarche est déployée pour les situations « critiques ». Il est nécessaire de signaler par mail la situation à la MDPH en sollicitant une orientation vers « RAPT ». Le Réseau transmettra les informations relatives à cette démarche.
M	France	54 ans	Locataire	Médecin généraliste	GHICL	Comment organiser le retour à domicile dans un contexte locatif insalubre avec de multiples problématiques de santé	Troubles cognitifs, Handicap, incurie, addiction	28/11/2019	Concernant le logement : identifier le bailleur du logement. S'agit-il d'un bailleur privé ou de Soliha ? (Appui sur le SIAO pour le recueil d'information). Se mettre en lien avec le service hygiène de la Ville. Une demande LHSS a été évoquée. Celle-ci est hors cadre, monsieur est logé. La piste de pension de famille a également été abordée. Proposer un séjour en addictologie : contacter le service Visavies pour solliciter une rencontre, aborder la problématique alcool et éventuellement un séjour à la clinique de la Mitterrie (fiche Trajectoires réalisée). Il sera nécessaire, à moyens termes, d'effectuer un bilan neuro cognitif
F	France	26 ans	Hébergement chez un tiers	CCAS,	médecin généraliste, CMAO, CHICL, accueil de jour Magdala	Vers quel(s) dispositif(s) de logement et vers quels étayages médico-sociaux orienter madame ?	Déficience intellectuelle	28/11/2019	Mise en lien SIAO et CCAS pour la constitution d'un dossier en résidence sociale, voire de l'hébergement accompagné. Les partenaires jugent plus pertinent une mesure de curatelle renforcée. Mettre en place une sauvegarde de justice avec mandat spécial dans l'attente de la mesure de curatelle renforcée (CCAS) Il sera nécessaire de réaliser une expertise psychiatrique pour étayer la demande de protection. Solliciter l'EMPP de Diogène afin d'identifier un éventuel suivi passé ou en cours (notion de psycho traumatisme dans l'enfance). Le Réseau se chargera de cette démarche. Il est proposé au

								CCAS de contacter l'UTPAS de Lille Sud dont Madame M. dépend pour vérifier les démarches précises effectuées par rapport aux enfants. Les partenaires ont des notions différentes de ce volet. Madame a exprimé le désir de les récupérer auprès de son médecin traitant. Il est préconisé de compléter le dossier MDPH d'une note sociale détaillée permettant notamment d'étayer la demande d'orientation SAMSAH, SAVS.		
F	France	34 ans	rue	Accueil de jour Eole	EPSM LM Pass Psy, EPSM AL EHLSA, GHICL, EPSM AL G11, CMAO, CPAA, Solfa, Diogène	Compte tenu du parcours de soins complexe de Madame, il apparaît nécessaire de coordonner les interventions de chacun et notamment du point de vue des soins.	Addictions, troubles du comportement, violences sexuelles	19/12/2019	<p>Pour la sortie d'hospitalisation, l'assistance sociale du G09 se mettra en lien avec les différents partenaires. Parmi les pistes de travail : orientation vers un centre maternel avec la réserve de la poursuite des consommations (privilégier un centre maternel à Tourcoing, proximité géographique avec l'hébergement de monsieur). Cette piste est conditionnée à l'adhésion du couple à une solution séparée. Il en va de même pour l'orientation en LHSS (Eole) qui pourrait s'organiser en sortie d'hospitalisation au motif médical de la grossesse. Cette demande est à réaliser par le G09. Le Réseau appuiera la demande auprès de la régulation médicale LHSS de MSL. Un accompagnement SAMSAH / SAVS est préconisé. Il est proposé au G09 d'en formuler la demande auprès de la MDPH. Orientation vers un dispositif d'accompagnement au logement (AVDL). L'orientation vers le dispositif un chez soi d'abord Est écartée en raison de l'absence de pathologie psychiatrique. Un bilan neuro cognitif est préconisé. Orientation à organiser vers un CSAPA sur la métropole lilloise pour éviter les allers retours sur le Pas de Calais. Accompagner Madame à la recherche d'un médecin généraliste sur le secteur.</p>	Entrée en LHSS janvier 2020

M	Hors UE	72 ans	CHRS	ABEJ Solidarité	CDS ABEJ Solidarité, Diogène, Réseau de santé gériatrique CORALIE		Cancer , état de santé fragilisé, sujet gériatrique	19/12/2019	Vérifier le degré de compréhension par monsieur de sa pathologie et de son évolution, de son adhésion à la nécessité éventuelle d'une réorientation. Concernant le volet administratif et social : initier une demande de titre de séjours pour soins. Pour identifier d'éventuels proches, il pourrait être intéressant de se rapprocher de la CIMADE avec l'accord de monsieur. Concernant les soins : Le SSIAD Précarité se mettra en lien avec Dr PETIT (réseau de santé gériatrique) en particulier sur l'aspect alimentation. En fonction de l'évolution : Si l'état général de monsieur se dégrade, une orientation en SSR palliatif pourra se réaliser si l'hébergement n'est plus compatible avec l'état de monsieur (travailler en partenariat avec une équipe externe de soins palliatifs. (HAD, séjour de répit...). Faire une demande de Lit d'Accueil Médicalisé (proposer à monsieur une visite de la structure).	
M	France	84 ans	Propriétaire	Equipe mobile de gériatrie externe CH Roubaix	MAIA LISAS, Diogène, CLIC Cœur de métropole, EPSM LM G19	Comment organiser la prise en charge médicale et médico-sociale dans un contexte d'adhésion très partielle voire de refus ?	Troubles de la personnalité, incurie, troubles neuro cognitifs, hémiplégie	19/12/2019	La prise en charge médicale est prioritaire dans les actions à mettre en place : la seule demande de monsieur est une intervention chirurgicale en urologie et le traitement de sa parasitose, il convient d'organiser une hospitalisation en urologie au CHU de Lille avec une mise en lien avec l'Unité Cognitivo Comportementale de géronto-psychiatrie dans le but, notamment, de l'instauration d'un traitement neuroleptique. Il est proposé de solliciter le Pr LEYS dans l'organisation de ce parcours de soins. Les partenaires médicaux présents insistent sur l'urgence vitale concernant l'état de la jambe. La MAIA réalisera un signalement au procureur en sollicitant le transfert de tutelle à une association	Hospitalisation organisée peu de temps après

ainsi qu'une autorisation de soins. Le besoin de mesure de tutelle peut être étayé par la notion de risque vital engagé. Le passage à une tutelle devrait provoquer une radiation de l'ordre des médecins. Quid de l'impact psychologique ? Dans un second temps, si retour à domicile, il sera nécessaire de requestionner la place et les modalités d'intervention des services d'aide à domicile et infirmiers libéraux, découragés à l'heure actuelle dans leurs interventions (notamment sur la question globale de l'hygiène corporelle et environnementale). Le Réseau propose aux partenaires intervenant sur la situation d'aborder l'évolution de celle-ci lors d'une prochaine intervention.

Annexe n°3

Tableau de bord des interventions santé précarité 2019

Synthèse des participations des professionnels



Bilan 2019 des Intervisions santé précarité du  
RSSLM

Indicateurs de participation

Période	Nb d'intervision	Nb de situations	Nb total de professionnels	Nb de professionnels sociaux	Nb de professionnels soignants	Autres types de professionnels
Janvier	1	2	13	5	3	5
Février	1	3	34	20	9	5
Mars	1	3	20	11	5	4
<b>Avril</b>	1	3	21	11	6	4
Mai	1	2	15	7	5	3
Juin	1	2	20	11	6	3
Septembre	1	1	16	8	4	4
Octobre	1	2	16	4	10	2
Novembre	1	2	17	10	5	2
Décembre	1	3	24	9	13	2

Total	10	23	196	96	66	34
Moyenne/in tervision		2,3	19,6	10,7	7,3	3,8
Ratio type professions				49%	34%	17%

Annexe n°4

Tableau de bord des interventions pédiatriques 2019



Genre	Origine	Age	Situation hébergement	Partenaires associés	Motif	Problématique santé	Intervision	Actions à mettre en œuvre
M	Hors UE	9	hébergement chez un tiers	MSL, PDM, CMAO, hôpital NECKER	Alerte sur la situation d'une famille	Pathologie chronique, handicap	nov-19	Orientation en cours vers ad inscription SIAO
F	U.E	14	Bidonville	GHICL, DTV, UTPAS	assurer la continuité des soins	Infection, grossesse précoce	déc-19	La DTV organisera un accompagnement de l'intervention d'une infirmière de Villeneuve d'Ascq sera évalué
M	Hors UE	2	hébergé par une initiative citoyenne	MSL, CHU (JDF), PDM, CMAO	organisation du parcours de soin, orientation	pathologie génétique invalidante	déc-19	Parcours atypique, il est nécessaire (organisation des soins, situation de l'hôpital Jeanne de Flandre de l'enfant. Requête à réaliser (cours?). Problématique de l'orientation et l'hôpital. Se mettre en lien avec la capacité à accompagner sur le terrain
F	Hors UE	3	sans solution	CMAO, Collia, MSL	organisation du parcours de soin, orientation	Handicap	déc-19	L'orientation vers une structure ne compromet pas l'état de santé minimale de soins sur le centre d'urgence. Il est demandé à la DTV de travailler l'orientation vers le socio-éducative qui accueille
M	Hors UE	1	sans solution	GHICL, SIAO, ACCUEIL DE JOUR EOLE	Organiser une veille sur la situation	Surveillance cardiaque	nov-19	Signalement SIAO à produire
F	UE	22	Hébergement ADOMA	MSL, GHICL, CMAO, Adoma, DTV	Protection de l'enfance	Pathologie infectieuse	nov-19	MSL signale à la DTV qu'il est nécessaire afin de s'assurer de l'adhésion de Philibert.
M	Hors UE	2	sans solution	CMAO, CHU de Lille (JDF)	continuité d'un accompagnement	orthopédie (fracture)	nov-19	Liaison entre le coordinateur et l'hôpital
F	U.E	3 mois	bidonville	GHICL, DTV, MSL, PDM, CHU de Lille (JDF)	accompagnement éducatif à la parentalité/ soins		sept-19	L'équipe de Jeanne de Flandre hospitalier se réalisera rapidement

M	U.E	2 mois	Bidonville	DTV, SIAO, GHICL	Accompagnement parentalité / soins	pas de diagnostic posé, nombreux syndromes	sept-19	Possibilité de reprise d'ancienneté de la demande familiale pour cette nouvelle demande d'hébergement portée pour le couple et son enfant. Il n'existe pas de structures d'hébergement d'urgence pour les familles. Une demande d'accès à un centre maternel a été réalisée.
F	U.E	10	hébergement par un 1/3	PMI/UTPAS	Orientation	Troubles du spectre autistique	sept-19	Concernant la précarité de l'hébergement : le SIAO vérifiera l'inscription de la famille au SI-SIAO. Concernant les soins et orientations : Orientation vers Pédiatres Du Monde à articuler avec le futur RDV au CMPI06, CMP Mons en Baroeul. Les besoins sont globaux et ne pourront être entièrement couverts par l'équipe du CMP. L'UTPAS de Marcq/Mons maintiendra quant à lui son suivi.
M	Hors UE	2	sans solution	JDF/CMAO/MSL/COL/CMAO	Accès et continuité des soins + volet hébergement	Cancer	sept-19	Les partenaires échangent sur le projet de la famille. Le pronostic n'étant pas favorable : Y-a-t-il un souhait ou projet de retour en Algérie ? Un souhait de réunion de la famille ? Les équipes du COL et de Jeanne de Flandre indiquent le rejet de tout projet de retour en Algérie. Prendre contact avec le service départemental en charge du traitement des demandes de centres maternels. Le SIAO est informé des besoins spécifiques de l'enfant en prévision d'une future orientation vers l'hébergement « classique ». Si la maladie évolue vers une fin de vie, il sera nécessaire de requestionner le projet de la maman (isolement, soins palliatifs, aide au retour au pays...)
F	UE	4	Bidonville	MSL/DTV/PMI/PDM	organisation du parcours de soin, orientation	Handicap	sept-19	Constitution du dossier MDPH : orienter vers PDM qui organisera les bilans. Dans l'attente des orientations MDPH : renouveler l'orientation vers la bougeothèque, mais également vers des séances d'orthophonie. Travailler à la scolarisation en sollicitant l'intervention d'un AVS. La DTV indique un refus de scolarisation par la ville, ce refus a été remonté à l'inspection académique. L'orientation vers un CAMPS semble peu pertinente. Point en novembre 2019 : Rechercher un orthophoniste et un kiné en libéral en privilégiant la proximité avec le lieu de vie. (PDM). PDM finalisera le dossier MDPH pour relais au médecin traitant. Continuer l'activité « babygym »
F	U.E	27	sans solution	GHICL, MSL	Identifier des partenaires	Suivi de grossesse	juin-19	La famille n'est pas connue de la DTV. Vérification à réaliser auprès du service de neuro pédiatrie du CHU de Lille. Date du prochain RDV en consultation maternité à transmettre à MSL. Le SIAO vérifiera si cette famille est connue.

M	U.E	5	Bidonville	GHICL, DTV, MSL, pdm	Rupture de suivi	Hyperthyroïdie congénitale	juin-19	Identifier des membres de la famille élargie à qui transmettre nos inquiétudes quant aux risques auxquels est exposé l'enfant en l'absence de traitement. Peut-être serait-il possible d'identifier un médecin traitant en Roumanie auprès duquel MSL pourrait assurer une liaison médicale ?
M	U.E	14	Bidonville	DTV, CMAO, MSL, PDM, CHU de Lille, CHU La sauvegarde du Nord, Centre Marc Sautet	Rupture de suivi	Obésité morbide	juin-19	Pas de nouvelle proposition de prise en charge CHU de Lille si l'enfant ne fait pas l'objet d'un placement. La DTV sollicitera la CRIP (recueillir les suites données au signalement réalisé par La Sauvegarde du Nord rn 2018). La DTV propose une médiation avec des professionnels ayant un lien de confiance avec la famille et un interprète, sur le lieu de vie de la famille. En parallèle, chercher des appuis dans la communauté pour faire levier en termes d'adhésion aux soins. Si cette médiation ne produit pas d'effets, les partenaires réaliseront un signalement judiciaire. Les informations sur la protection sociale en cours seront recueillies par la DTV. Enfin, il est rappelé qu'au-delà de la situation complexe, il s'agit d'inscrire au cœur de nos préoccupations de prévention et de protection ces frères cadets qui ont également une problématique de santé.
F	U.E	45	Sans solution	GHICL	Sortie de maternité sans hébergement social	Suivi de grossesse	mai-19	Cette situation soulève la difficulté de l'usage de l'outil SI SIAO (système d'information nationale des SIAO pour les demandes d'hébergement) pour les professionnels sociaux hospitaliers qui n'ont pas une pratique régulière et technique de l'outil et qui ne peuvent prendre la responsabilité du suivi de la demande. Cette difficulté a été remontée par le Réseau auprès de la CMAO. Cette remontée sera renouvelée. Concernant cette situation individuelle, le Réseau sollicitera le SIAO pour obtenir un retour d'information sur la demande d'hébergement de cette femme.
M	Hors UE	8	Chez un 1/3	MSL/PDM/CHU JDF	Eclairer MSL sur un posture et une ligne d'accompagnent	Suite d'une greffe hépatique	mai-19	Quelques zones d'ombres à éclaircir : motif de maintien sur le territoire ? Lien avec la personne hébergeant ? La dynamique familiale ? Il faut engager avec la mère un échange sur le projet. Si le projet est de s'installer sur le territoire, il est proposé à MSL d'orienter vers un accompagnement social par l'UTPAS et de prendre contact avec Dr Gottrand (Service gastro-entérologie pédiatrique) pour savoir si le traitement et le suivi sont accessibles en Algérie. Si ce n'est pas le cas, est-

								il possible d'envisager un relais vers le CH de Lens (plus proche du lieu d'accueil de la famille) ?
F	Hors UE	10	Hébergement veille saisonnière	Solfa, JDF (CHU Lille), CMAO	Continuité de soins	pathologie cardiaque	mars-19	la situation est connue de Jeanne de Flandre où s'effectue le suivi médical de l'enfant. Bonne adhésion.
M	Hors UE	1	Hébergement veille saisonnière	Solfa, CMAO	Anticiper un risque de rupture d'hébergement dans un contexte de grossesse à risque	Grossesse gémellaire	mars-19	Cette famille n'est connue par aucun des partenaires présents à l'intervision. Alerte sur la situation (enfant d'un an, grossesse gémellaire en cours dans un contexte de risque de rupture d'hébergement)
M	U.E	16	Hébergement veille saisonnière	Solfa, DTV, CMAO		Handicap	mars-19	La famille est connue de la DTV. La grand-mère est très présente auprès de l'enfant. Une orientation a été faite auprès de l'IME La Pépinière. La situation suit son cours.
M	Hors UE	6 mois	Hébergement veille saisonnière	Solfa, CMAO	Articuler les réorientations hébergement avec les soins/suivis en cours	Handicap	mars-19	Demande du CAMSP d'un avis auprès du pédopsychiatre de l'hôpital Saint Vincent. L'hôpital Saint Vincent a repris le suivi spécialisé des jumeaux.
F	Hors UE	6 mois	Hébergement veille saisonnière	Solfa, CMAO	Articuler les réorientations hébergement avec les soins/suivis en cours	Handicap	mars-19	Demande du CAMSP d'un avis auprès du pédopsychiatre de l'hôpital Saint Vincent. L'hôpital Saint Vincent a repris le suivi spécialisé des jumeaux.
M	Hors UE	9	Hébergement veille saisonnière	Coallia, CMAO	Identifier les partenaires pour porter les orientations	Handicap	mars-19	Cette famille n'est connue par aucun des partenaires présents à l'intervision. Le Réseau interrogera le Centre Hospitalier de Roubaix afin d'identifier qui se charge des orientations et de l'accompagnement vers les dispositifs ou structures spécifiques au handicap de l'enfant
F	Hors UE	2	Sans solution	CHU de Lille, SIAO, UTPAS Lille Sud	Adapter l'orientation vers hébergement social	Prévention pathologie infectueuse	mars-19	Compte tenu des éléments recueillis, le SIAO a pu orienter Madame vers une structure d'hébergement « L'abri » où elle pourra être accueillie avec son enfant, la structure, travaillant notamment sur la parentalité, est adaptée à la problématique de madame. L'orientation est d'ores et déjà organisée.

M	Hors UE	12	sans solution, orientation vers hébergement en cours	PDM, MSL, CMAO	Articuler l'orientation hébergement à la continuité de soins	handicap	janv-19	S'appuyer sur le SIAO de Valenciennes pour relais avec les partenaires hospitaliers, médicaux de ce territoire (Coordination du Réseau). Parmi les ressources : Service des Urgences du centre hospitalier de Valenciennes, ADAPT à Cambrai. PDM se contactera ces services. Mars 2019 : orientation vers PDM pour organisation des RDV médicaux « bilans », demande MDPH et travail sur les orientations en structures adaptées. Mise en lien par le Réseau entre ADOMA et la coordinatrice de PDM. Point en mai 2019 : Ouverture des droits, orientation vers la médecine de ville. (coordination du relais : PDM). Compte tenu du projet d'hôpital de jour envisagé, le service hospitalier prend le relais de la démarche MDPH. Point en novembre : solliciter Centre Marc Sautelet pour avoir un avis sur les types d'orientations possibles (PDM).
F	Hors UE	35	Veille saisonnière	CMAO (SIAO), accueil de jour Eole, MSL et Solfa	Alerte situation de santé d'une maman avec négligence sur les enfants	Protection enfance	janv-19	Solliciter infirmier à la CMAO, pour évaluation de l'état de santé de Madame sur la structure d'hébergement (lien avec médecin traitant).
M	Hors UE	10	En attente d'orientation structure demande d'asile	CMAO/MSL	Articuler l'orientation hébergement à la continuité de soins	handicap	janv-19	Les ressources médicales et médico-sociales disponibles à Dunkerque sont suffisantes (consultation de neuro-pédiatrie au centre hospitalier de Dunkerque).
F	Hors UE	8	Pas de solution	PDM/MSL, GHICL, CHU, CMAO, UT Vauban, accueil de jour Eole	<i>Quelles orientations sociales, médicales et médico-sociales préconiser dans un contexte d'absence d'hébergement et de droits de santé ?</i>	handicap	janv-19	Délai de 9 mois d'attente pour lancer les démarches pour un titre de séjours pour soins dans 9 mois environ. Centralisation de l'accompagnement social (ouverture des droits de santé) et le suivi/coordination médicale des enfants à MSL (appui de PDM, accompagnement par l'assistant social de MSL. Concernant le suivi médical, parcours de santé : en l'absence de droits, remise de traitement. Evaluation médicale à organiser : consultations d'ophtalmologie, de neuropédiatrie, et d'orthopédie. Il est nécessaire de clarifier la référence du suivi de grossesse. Concernant la situation d'urgence sociale : Signalement de la situation à la DDCCS par la CMAO. Point mars 2019 : renouvellement du signalement auprès de la DDCCS en sollicitant le maintien en hébergement; Organisation des bilans, dossier MPDH par Jeanne de Flandre. Relances auprès des médecins (médecine physique, neuropédiatrie). Report du bilan génétique (attente de l'ouverture des droits AME de la mère). Appel à don pour l'équipement (relayé par Réseau).

M	Hors UE	7	Pas de solution	PDM/MSL, GHICL, CHU, CMAO, UT Vauban, accueil de jour Eole	Quelles orientations sociales, médicales et médico-sociales préconiser dans un contexte d'absence d'hébergement et de droits de santé ?	handicap	janv-19	Délai de 9 mois d'attente pour lancer les démarches pour un titre de séjours pour soins dans 9 mois environ. Centralisation de l'accompagnement social (ouverture des droits de santé) et le suivi/coordination médicale des enfants à MSL (appui de PDM, accompagnement par l'assistant social de MSL. Concernant le suivi médical, parcours de santé : en l'absence de droits, remise de traitement. Evaluation médicale à organiser : consultations d'ophtalmologie, de neuropédiatrie, et d'orthopédie. Il est nécessaire de clarifier la référence du suivi de grossesse. Concernant la situation d'urgence sociale : Signalement de la situation à la DDCS par la CMAO. Point mars 2019 : renouvellement du signalement auprès de la DDCS en sollicitant le maintien en hébergement;. Organisation des bilans, dossier MPDH par Jeanne de Flandre. Relances auprès des médecins (médecine physique, neuropédiatrie). Report du bilan génétique (attente de l'ouverture des droits AME de la mère). Appel à don pour l'équipement (relayé par Réseau).
---	---------	---	-----------------	--	---	----------	---------	---

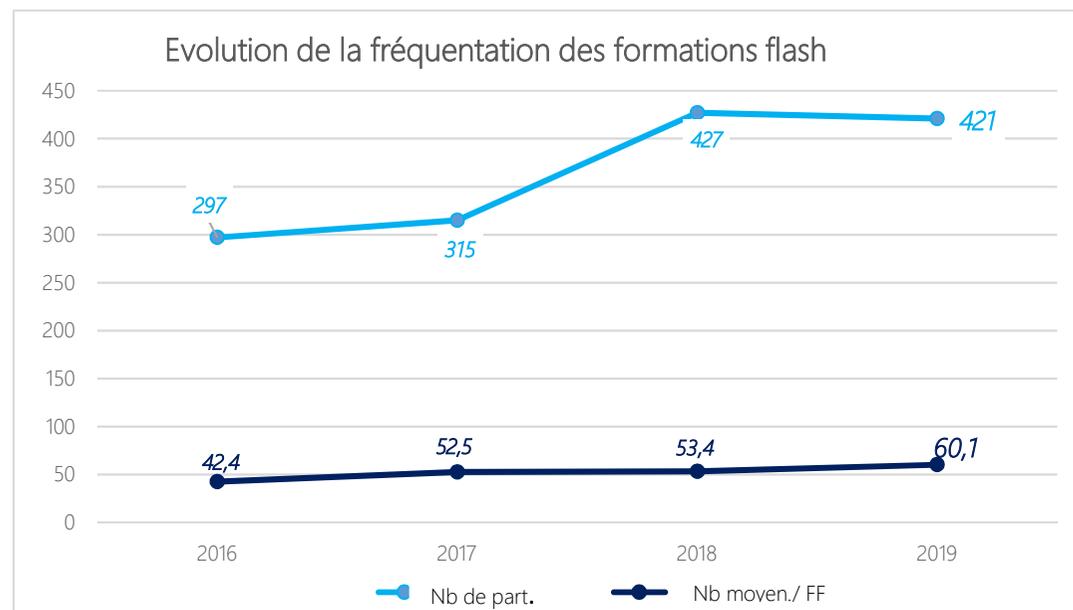
Annexe n°5

Tableau de bord des formations flash 2019



## 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	
24-janv	Le trouble de stress post traumatique	10	6	10	0	26	3	0	5	60
07-mars	Le secret partagé	11	3	2	2	29	6	0	10	63
16-mai	La MDPH	12	1	5	3	69	4	4	12	110
20-juin	Les hépatites	7	0	5	1	12	1	0	3	29
12-sept	La santé des femmes	5	2	2	1	24	4	0	6	44
03-oct	SI-SIAO	5	1	0	1	83	4	2	7	103
12-déc	La plateforme "solidarite.fr"	1	1			7	3			12
<b>Total</b>		<b>51</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>250</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>43</b>	<b>421</b>
<b>%</b>		<b>12%</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>59%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>10%</b>	



Annexe n°6

Synthèse de l'activité des groupes de travail  
du RSSLM en 2019



## Synthèse des groupes de travail du RSSLM en 2019

Groupe de travail	Composition	Nb de réunions	Objectifs et travaux
LHSS/LAM	<p><b>Pilote</b> : Dr Hélène MORHAN, Médecin régulateur LHSS</p> <p><u>Participants</u> : structures porteuses LHSS (FADS, Eole, AFR, ABEJ), Diogène, IDE CMAO</p>	2	<p>Echanges et harmonisation de pratiques des structures porteurs LHSS ; ajuster les liaisons entre régulation et structures</p> <p><b>Réunion n°1</b>→Retour sur l'activité 2018 (rapport d'activité de la régulation, retour sur la question des places d'urgence au sein du dispositif, la question du secret partagé et l'échange d'informations sur le dispositif, actualisation de la fiche ressources LHSS, informations diverses</p> <p><b>Réunion n°2</b>→ retour des premières rencontres individuelles structures LHSS/Régulation médicale LHSS s'étant déroulées en septembre, articulation avec les services hospitaliers, accès PHI</p>
Pédopsychiatrie et précarité	<p><b>Pilote</b> : Dr Patricia DO DANG, cheffe de pôle I04, EPSM AL</p> <p><u>Participants</u> : Diogène, I06, I07, I04, Accueil de jour Eole, CHU de Lille</p>	3	<p>Suivi des circuits d'orientation vers les secteurs de pédopsychiatrie, Suivi des orientations et prises en charge, échanges de pratiques</p> <p><b>Réunion n°1</b>→Projet formation transculturelle, échanges sur situations complexes</p> <p><b>Réunion n°2</b>→ échanges sur les situations complexes</p> <p><b>Réunion n°3</b>→Redéfinition des objectifs du groupe de travail, mobilisation de professionnels, élargissement de la réflexion, échanges sur les situations complexes</p>
Interprétariat	<p><u>Participants</u> : MSL, Diogène, PDM, GHICL, ABEJ, DTV, MDM</p>	2	<p>Faute de financement dédié, la thématique « interprétariat » est traitée dans le cadre d'une veille administrative et logistique du dispositif existant avec MSL et Diogène, principaux utilisateurs. Une réunion à l'ARS est organisée en juin 2019 afin de relayer le besoin d'une enveloppe permettant le maintien et le développement du dispositif.</p>
Carnet médical migrants	<p><u>Participants</u> : MSL, ABEJ Solidarité, SPRENE, EPDSAE, Institut Pasteur de Lille</p>	3	<p>Amorcer une réflexion sur les parcours de santé des MNA, réflexion élargie par la suite aux migrants – conception d'un outil de type « carnet médical »</p> <p><b>Réunion n°1</b>→ état des lieux des différents points d'accès et de continuité des soins des MNA et des freins à la continuité, définition des besoins et des usages pour un outil de type carnet médical</p> <p><b>Réunion n°2</b>-&gt; Travail d'ajustement de l'outil</p> <p><b>Réunion n°3</b>→ Finalisation et validation du carnet médical pour diffusion auprès des structures recourant à l'outil</p>

Santé des femmes	<u>Participants</u> : ADSF, ABEJ Solidarité, Eole accueil de jour, SOLFA, CMAO, MSL	3	<p>Dans le contexte de l'implantation et du développement d'une action ADSF Agir pour la santé des femmes, un groupe de travail partenarial s'est constitué en vue de relever les besoins spécifiques du public des femmes en situation de grande précarité, et d'articuler l'offre existante à l'action spécifique de l'ADSF</p> <p><b>Réunion n°1</b>→ Tour de table des constats en termes de problématiques, besoins et offres existantes, Accueil Hygiène et Santé, maraudes</p> <p><b>Réunion n°2</b>→ Modalité d'articulation partenariale entre ADSF et partenaires, Action Accueil Hygiène et Santé</p> <p><b>Réunion n°3</b>→ Suivi des amorces de partenariats, suivi Accueil Hygiène et Santé, Perspectives pour les maraudes exploratoires</p>
Dossier Social Partagé	<u>Participants</u> : EPSM AL, GHICL, CHRU, EPSM AL, ABEJ, MSL, CMAO et Diogène	0	<p>En début d'année 2019, le comité de pilotage acte d'un arrêt du DSP après l'étude des usages très faibles de l'outil. Le groupe de travail est donc suspendu. La question du partage de l'information et de l'informatisation des données demeure un sujet sur lequel le Réseau sera amené à poursuivre une réflexion.</p>
Patient traceur	<u>Participants</u> : MSL, ABEJ, EPSM AL, CHRU	0	<p>En 2017 : Mettre en œuvre une méthodologie d'identification des parcours de santé des bénéficiaires du RSSLM, et des interfaces dans le cadre de ces parcours.</p> <p>Réunion n°1→ validation des outils et des typologies de parcours</p> <p>Réunion n°2→rencontre de l'équipe pluridisciplinaire autour du parcours n°1</p> <p>Action suspendue pour le moment</p>

Annexe n°7

Etat des dépenses au 31-12-2019



# RESEAU SANTE SOLIDARITE

SITUATION AU 31/12/2019

## RECETTES Cpte 7488 Autres subventions

Subvention	Dates prévues	Prévu	Payé	Solde	Versée le
1er versement	31/03/2019	30 346,00	30 346,00	0,00	10/04/2019
2ème versement	30/04/2019	50 576,00	50 576,00	0,00	05/08/2019
3ème versement	30/09/2019	55 054,00	55 054,00	0,00	20/12/2019
4ème versement				0,00	
5ème versement				0,00	
Subvention Ville Lille				0,00	
<b>Totaux</b>		<b>135 976,00</b>	<b>135 976,00</b>	<b>0,00</b>	

## DEPENSES

	Budget	Payé	Solde
Autres	8 500,00		8 500,00
Amortissements			
Frais généraux	6 276,00	12 479,60	-6 203,60
Salaires	105 200,00	102 514,41	2 685,59
Chargé de mission	46 900,00	48 266,56	-1 366,56
Pers médical	45 800,00	50 081,18	-4 281,18
Soignant (refact CHRU)	12 500,00	4 166,67	8 333,33
Formation			
<b>Total EPSM AL</b>	<b>119 976,00</b>	<b>114 994,01</b>	<b>4 981,99</b>
Subvention ABEJ	16 000,00	16 000,00	0,00
Subvention M.S.L	0,00	2 600,00	-2 600,00
<b>Total subvention</b>	<b>135 976,00</b>	<b>133 594,01</b>	<b>2 381,99</b>

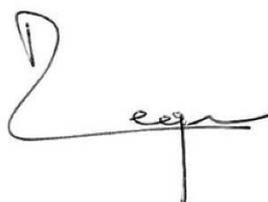
### Versement de la subvention aux associations

Montant total Prévu 16 000,00		ABEJ (frs 72 293)				
ABEJ	Montant	Quotité	Date Prév	Date réelle	Liq/ Mand	Montant
1er versement	16 000,00	100,00%		08/08/2019	FINA 1055/5711	16 000,00
2e versement		0,00%				
3e versement		0,00%				
<b>16 000,00</b>		<b>100,00%</b>			<b>Total versé</b>	<b>16 000,00</b>
						<b>Solde 0,00</b>

Montant total Prévu 0,00		M.S.L (frs 71 360)				
MSL	Montant	Quotité	Date Prév	Date réelle	Liq/ Mand	Montant
Subv exceptionnelle	2 600,00	100,00%	20/12/2019	20/12/2019	FINA 1731/10509	2 600,00
<b>2 600,00</b>		<b>100,00%</b>			<b>Total versé</b>	<b>2 600,00</b>

Le Directeur Délégué EPSM Agglomération Lilloise  
Le Directeur des Affaires Financières

F LEQUIN




Annexe n°8

Convention de mise à disposition  
ABEJ Solidarité / RSSLM / EPSM AL





## 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,

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

**Hugues DELEPLANQUE**

**Jean-Marie MAILLARD**

Annexe n°9

Compte-rendu des réunions du  
Comité de pilotage du RSSLM





**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du jeudi 14 mars 2019  
Salle polyvalente, hôpital Saint Vincent - Lille**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau – Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité – M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Mme DUBOIS, Présidente, MSL - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL - M. RYBINSKI, directeur CMAO- Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme Sabine VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML – Jean-Pierre DELECLUSE, IDE, Diogène

**Absents excusés** : Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML– Mme DE PAUW, directrice URPS ML - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille - M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO- Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE

**ORDRE DU JOUR**

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 21 décembre 2019
- Point financier
- Prochaine Assemblée Générale (date et formule à définir)
- Dossier Social Partagé : état des lieux des usages, dysfonctionnements, arbitrage
- Projet d'extension du Réseau
- Réseau et actions de prévention/promotion santé
- Informations :
  - Déploiement du logement d'abord
  - Projets Territoriaux de Santé Mentale

**1) Validation du compte-rendu du 21 décembre 2018**

**Discussion :**

Le compte-rendu du 21 décembre est validé. Le représentant du promoteur du Réseau précise que le Réseau fête, ce jeudi 14 mars 2019, ses 14 ans.

**2) Point financier**

Le Réseau a reçu la décision de financement et les modalités de versements pour l'année 2019, conformes aux termes du CPOM 2018-2022.

Lors des derniers échanges en comité de pilotage, se posait la question de l'absence de visibilité des financements pour l'activité 2019 des centres de santé de l'ABEJ et MSL. Qu'en est-il ?

**Discussion :**

Le pôle santé de l'ABEJ Solidarité n'a reçu aucune réponse de l'ARS Hauts de France quant aux questionnements sur les financements du centre de santé pour l'année 2019. Malgré différents envois complémentaires et relances, aucune manifestation écrite ou téléphonique de Magali BREVART.

MSL enregistre un déficit de 49 000 € pour le financement de son activité sur l'année 2018. Maïta DUBOIS, présidente de l'association, souligne que l'association a pu, heureusement, collecter des dons. Mais cette collecte ne peut que temporiser provisoirement la baisse substantielle des subventions.

Les membres du comité de pilotage rappellent la structuration du Réseau et les **liens d'interdépendance de chacune des structures entre elles**. Si l'activité des deux centres de santé est menacée, c'est ainsi **l'orientation vers le premier recours aux soins pour le public qui est mise en péril avec un effet très impactant sur les services hospitaliers dont les urgences** et plus largement sur l'ensemble des partenaires. Ainsi, si le centre de santé ne peut plus prendre en charge le public sans droits, celui-ci serait réorienté vers MSL ou le service des urgences avec un risque potentiel de saturation des structures citées.

Désormais financés distinctivement du Réseau, les deux centres de santé n'émargent pas au même motif et ligne budgétaire auprès du financeur ARS Hauts de France. Néanmoins, il est rappelé que, si certes le centre de santé de l'ABEJ est une structure conventionnée, il accueille, soigne et oriente un public composé d'environ 60% de personnes sans droit. L'obtention d'un financement complémentaire au financement conventionné est plus que jamais nécessaire pour assurer la continuité du fonctionnement.

François CAPLIER souligne le **contexte actuel mouvant au sein de l'ARS Hauts de France**. En effet, la direction générale est en cours de changement avec le départ de Monique RICOMES, directrice générale de l'Agence. Celle-ci étant actuellement remplacée par Arnaud CORVAISIER, assurant l'intérim de la direction (générale et adjointe). De plus, le FIR auprès duquel MSL et l'ABEJ Solidarité peuvent prétendre émarger sera également le fond de financement des PTA et CPTS, qui ne sont pas encore à l'œuvre. L'amplitude de l'enveloppe financière du FIR n'est pas encore connue. Ce contexte peut ainsi expliquer l'absence de réponse formulée.

Pour les deux centres de santé, il est proposé que le **Réseau élabore un courrier exprimant ses inquiétudes quant aux financements à venir pour l'ABEJ et MSL et les conséquences délétères** que pourrait provoquer une baisse des financements sur l'ensemble des parcours de santé du public et du fonctionnement des structures et services des membres du RSSLM. **Ce courrier sera soumis à la signature des directions hospitalières du Réseau et à la coordination médicale.**

**Pour les actions des membres :**

- **Rolande RIBEAUCOURT relancera de nouveau Magali BREVART** (relance téléphonique)
- **MSL sollicitera (via le vice-président Frédéric ROUVIERE) un rendez-vous avec l'ARS**. Il serait intéressant **d'associer un représentant du CHU de Lille**, détachant des moyens auprès de l'association dans le cadre PASS-MIG. Sylvie BONTEMPS propose de solliciter Philippe CHARPENTIER, secrétaire général du CHU de Lille.

Maïta DUBOIS ajoute qu'elle sollicitera la mairie de Lille par un courrier à Martine AUBRY, maire de la ville.

Si ces actions s'avéraient improductives, une action auprès de la presse pourrait être envisagée.

En parallèle de la discussion, Sylvie BONTEMPS informe la tenue d'une rencontre récente au sujet des ménages (MNA, familles) qui arrivent au CHU au motif d'une demande d'un hébergement social.

François CAPLIER rappelle que la salle du gymnase de l'EPSM AL est réquisitionnée depuis maintenant 8 mois pour l'accueil du public migrant (arrivant du littoral). L'organisation de l'accueil de ce public est confiée à l'Armée du Salut. La réquisition devrait se terminer vers le 31 mars 2019.

### 3) Prochaine assemblée générale

*Cf. Annexe – n° 1 – ASH – Février 2019 – p. 34-35 Julien BILLION*

Si le planning d'activité du Réseau a été établi pour le 1<sup>er</sup> semestre 2019, la date de l'assemblée générale ainsi que son « format » n'ont pas été définis.

Silvana SION a transmis une idée qui pourrait être exploitée à l'occasion de la prochaine assemblée.

#### Discussion :

La date du **4 juillet 2019** est choisie pour l'organisation de l'assemblée générale du Réseau. La plage horaire n'est pas encore définie. Il est proposé, sous l'impulsion de Silvana SION, **d'organiser une conférence** adossée à la réunion en assemblée générale classique.

La **thématique du public jeune est retenue**, pour cette conférence, à partir d'une première proposition (Julien BILLION, sociologue, *Je ne dors pas à la maison*, 2019). **En complément d'une intervention sur cette thématique, il serait intéressant de présenter un éclairage régional/territorial sur cette problématique.** Il est envisagé de recueillir des données et remontées des problématiques spécifiques sur la question de l'accès aux soins, droits et plus généralement sur la santé des jeunes (focus territorial). **Le Réseau se rapprochera de Virginie RINGLER, chargée de mission santé précarité à l'ARS Hauts de France dans ce sens.** Les membres du comité de pilotage **seront sollicités pour participer à un temps de travail en vue de l'organisation de l'assemblée générale.**

### 4) Dossier Social Partagé : état des lieux des usages, dysfonctionnements, arbitrage

*Cf ; Annexe n° 2 – extrait du rapport d'activité 2018 RSSLM – DSP*

Le DSP a enregistré une hausse de ses utilisateurs en 2018 : assistantes sociales du CHU de Lille, secrétariat PASS Saint Vincent et infirmiers CMAO. Pour autant, l'usage reste extrêmement limité. La migration prévue vers KEEO, hébergeur du site internet du réseau, a été différée. En cause : perte du lien fonctionnel et automatisé entre la plateforme du dossier social partagé et le dossier patient MSL. Ainsi le coût reste important au regard de la faiblesse des usages, et d'une collecte partielle des données. Cet outil doit-il être maintenu ?

#### Discussion :

Il est rappelé que le dossier Social Partagé a été mis en place dans un contexte d'une demande de l'ARS de travailler sur les parcours de soins du public.

Dans la réalité, on constate un **usage extrêmement faible de l'outil**. L'usage se concentre essentiellement sur la saisie manuelle des nouveaux adhérents par le secrétariat du centre de santé, et ce malgré le renouvellement de la présentation de l'outil et de son intérêt auprès des différentes équipes en 2017.

**Le dossier social partagé ne répond pas aux nouveaux indicateurs du Réseau, fixés par l'ARS.** (Le Réseau a exploré, par ailleurs, l'outil de la méthode patient traceur davantage adapté à l'exploration des parcours des patients).  
Ainsi, faute d'usage suffisant et compte tenu du coût important (1000 € annuel), il est proposé d'arrêter l'usage de cet outil.

#### **5) Projet d'extension du Réseau :**

Le projet d'extension du réseau a été transmis aux référents de l'Agence Régionale de Santé en décembre 2018. A ce jour aucun retour n'a été fait par l'ARS. Les besoins restent entiers, en particulier ceux de l'interprétariat.

#### **Discussion :**

L'investissement du besoin en interprétariat figure dans le PRAPS (Cf. Document PRAPS, p. 12 : « *Une réflexion sur l'organisation d'un réseau régional d'interprétariat sera menée* »). L'IGAS a été missionnée par la DGS sur la question avec un objectif de modélisation économique du recours à l'interprétariat dans le médico-social. Ce rapport est attendu pour 2019.

Virginie RINGLER a confirmé à la coordinatrice en janvier 2019, la « sanctuarisation » du déploiement de l'interprétariat en région. Quelle stratégie adoptée pour avancer sur le projet d'extension et en particulier sur le dispositif d'interprétariat ?

**Le promoteur du Réseau propose d'être à l'initiative d'une proposition d'expérimentation du dispositif avec un rayonnement métropolitain. (portée par MSL dans le cadre d'un conventionnement avec le Réseau). Dans cette perspective, une rencontre avec Virginie RINGLER sera sollicitée.**

#### **6) Réseau et actions de prévention/promotion santé :**

#### **Discussion :**

Ce point était à l'initiative de Franck VERBUGGEN. En son absence, il est proposé de différer le traitement de cette thématique.

#### **7) Informations :**

##### **a) Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**

*Cf. Annexe N°3*

#### **Discussion :**

La loi de modernisation du système de santé (loi Touraine - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69 ; Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale) prévoit une territorialité spécifique pour la santé mentale. Les acteurs sont libres de proposer la territorialité la plus pertinente. Cette territorialité peut ne pas correspondre aux territoires des Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT) et à ceux de la Démocratie sanitaire.

**Les PTSM sont pilotés par les acteurs, le décret d'application précisant qu'il s'agit d'une initiative de terrain.**

Le calendrier actuel de mise en œuvre des PTSM :

- ➔ Cahier des charges élaboré en février 2019
- ➔ Un appel à initiative a été lancé. Les réponses sont attendues au 1<sup>er</sup> avril 2019.

→ Le territoire national doit être doté des PTSM d'ici juillet 2020.

Les Conseils Locaux de Santé Mentale sont amenés à émettre un avis sur les PTSM.

En région Hauts de France, selon le cahier des charges, deux contraintes apparaissent : le PTSM ne doit pas dépasser l'échelle du territoire de démocratie sanitaire et il doit intégrer deux établissements de santé mentale.

**L'EPSM AL, à l'initiative du PTSM, a promu l'assise territoriale de l'arrondissement de Lille où s'inscrivent l'EPSM Lille Métropole ainsi que l'EPSM AL.** Une autorisation informelle du dépôt de l'initiative pour ce territoire a été accordée. Le secteur de psychiatrie du G07, EPSM LM, pris entre deux territorialités (Flandre maritime et Flandre intérieure) s'inscrira ainsi sur deux PTSM.

Rolande RIBEAUCOURT complète en soulignant la **volonté forte d'intégrer dans l'élaboration de ce projet l'ensemble des acteurs, notamment les acteurs médico-sociaux et sociaux.** Il est à noter que le territoire PTSM s'inscrit dans le périmètre d'action du Réseau. Le processus d'implication de l'ensemble des acteurs est tardif pour une réponse à manifestation d'initiative attendue au 1<sup>er</sup> avril.

François CAPLIER insiste sur la nécessité **d'identifier « un noyau dur d'acteurs » pouvant se positionner au 1<sup>er</sup> avril.** Ce premier faisceau d'acteurs identifiés et positionnée ne sera pas excluant. L'idée de l'EPSM AL est de porter l'initiative le temps de créer la dynamique d'un collectif qui décidera des modalités de gouvernance au sein du PTSM.

Il est possible d'envisager le PTSM comme un Conseil Local de Santé Mentale du territoire de l'arrondissement lillois, il serait ainsi intéressant d'impliquer un élu de la MEL. Ainsi, l'échéance concernant l'écriture du projet du PTSM est fixée à juillet 2020. Le PTSM doit s'appuyer les priorités définies dans le PRS (volet santé mentale : ados / prévention du suicide...).

#### **b) RSSLM et déploiement du logement d'abord**

Une chargée de mission, Céline HERBAIN, a pris son poste en décembre 2018 sur le déploiement du logement d'abord à la MEL. Le Réseau a été sollicité et en particulier sur le volet santé de cette politique.

#### **Discussion :**

Le Réseau a ainsi participé le 7 mars à la conférence téléphonique « santé » (AMICALL Santé) qui réunit les différents territoires retenus pour le déploiement accéléré de la politique du logement d'abord sur la proposition de la chargée de mission de la MEL. Le RSSLM est repéré comme une bonne pratique en termes de coordination entre les acteurs de la santé et les acteurs du social.

#### **c) Projet de maraudes mixtes « protection de l'enfance »:**

#### **Discussion :**

Jérôme RYBINSKI n'a pas d'information sur le sujet. Cette action avait été évoquée parmi les actions du plan de stratégie de lutte contre la pauvreté et les exclusions présentées à la préfecture du Nord le 15 janvier 2019.

La coordinatrice a contacté la Direction Tsigane et Voyageur (DTV de La Sauvegarde du Nord) intervenant sur les bidonvilles de la métropole lilloise. Julien CHATELAIN, chef de service, a confirmé que le travail sur cette action s'amorçait en commençant par un état des

lieux des liaisons et du travail partenarial sur cette thématique entre les acteurs de la protection de l'enfance et la DTV.

Maïta DUBOIS est surprise que MSL ne soit pas sollicité sur cette problématique alors qu'une action médico-sociale est à l'œuvre depuis plusieurs années sur les bidonvilles.

#### d) Informations de l'ABEJ Solidarité:

L'association a été **reconnue comme « grande cause » de l'édition 2019 du Ch'ti** (guide touristique métropolitain). L'association a donc mobilisé de nombreux bénévoles pour l'événement (Place de La République à Lille, 16 et 17 mars 2019). C'est l'occasion de présenter l'association et de collecter des dons.

Rolande RIBEAUCOURT annonce la **fermeture temporaire de la Halte de nuit** qui accueille chaque nuit en période de veille saisonnière une cinquantaine de personnes. Le lieu nécessite la réalisation de travaux pour accueillir à terme la structure du Point de Repère en complément de la Halte de Nuit.

**Dispositif de Veille saisonnière** : Rolande RIBEAUCOURT exprime son inquiétude quant à la fin du dispositif (31 mars 2019). Les personnes accueillies se mobilisent et ont sollicité auprès du préfet une rencontre. Cette demande est restée sans réponse.

Par ailleurs, une visite de l'équipe mobile de l'OFFI a eu lieu récemment, l'OFII réclamant auprès de l'équipe sociale la liste des demandeurs d'asile. L'équipe a refusé de transmettre de telles informations.

**Informations sur les dispositifs médico-sociaux :**

Rolande RIBEAUCOURT nous apprend l'obtention d'un agrément par l'ANPAA pour **l'ouverture de 18 LAM à Amiens**, ainsi que **l'ouverture de SSIAD Précarité dans les départements de la Somme et de l'Oise**. La priorité pour l'ARS est de doter des territoires non pourvus de ce type de dispositifs.

Il y aura sans doute **quelques places supplémentaires LHSS sur le dispositif régulé par le Réseau**.

Prochain comité de pilotage :  
Jeudi 23 mai de 14h30 à 16h30  
MSL, 112 chemin des postes à Loos



**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du 23 mai 2019  
MSL - Lille**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Mme DUBOIS, Présidente, MSL Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme Sabine VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML – Marina LAZZARI, coordinatrice CLSM, Ville de Lille - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE – Nathalie DENAVE, stagiaire Réseau

**Absents excusés** : – Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité –Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML – Mme DE PAUW, directrice URPS ML - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille - M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL- M. RYBINSKI, directeur CMAO-

### **ORDRE DU JOUR**

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 14 mars 2019
- Point sur les financements du Réseau
- Assemblée générale du Réseau : organisation, contenu, intervenant, etc.
- Formation ethnopsychiatrie / transculturalité
- Informations diverses / Actualités

#### **1) Validation du compte-rendu du 14 mars 2019**

#### **Discussion :**

Le compte-rendu est validé.

#### **2) Point sur les financements du Réseau et des centres de santé**

*Cf. Annexe Etat des dépenses du Réseau, 30/04/2019*

Le Réseau a reçu un premier versement de sa subvention annuelle au 1<sup>er</sup> avril 2019 d'un montant de 30 346 €, soit 25 % du financement annuel. Les éléments comptables et qualitatifs nécessaires à l'enclenchement du second versement ont été transmis aux référents de l'ARS par la coordinatrice.

Par ailleurs, à l'occasion d'une relance auprès de Mme KEMP, chargée de mission « réseaux de santé » à l'ARS, une proposition de date pour l'organisation rapide de la revue annuelle a

été faite. A l'occasion de cette prochaine rencontre, la question du projet d'extension sera abordée. (5, 6, 13 après-midi, ou 14 juin 2019)

De plus, Mme RINGLER a, de son côté, proposé un premier temps d'échange sur l'interprétariat avec le Réseau. Deux dates ont été envisagées : les matinées du 28 juin ou du 2 juillet 2019.

#### Concernant le financement de l'activité du centre médicosocial de MSL et du Centre de santé de l'ABEJ Solidarité :

Lors de la précédente rencontre, le comité de pilotage avait choisi d'adresser un courrier exprimant ses inquiétudes à l'ARS sur ce sujet. Il était prévu que ce courrier soit signé par la coordination médicale et le promoteur du Réseau mais également par les directions générales hospitalières (CHU de Lille et GHICL).

Ce courrier a été présenté une première fois. Après une demande de réajustement du contenu par le CHU de Lille, il est encore dans les circuits de signature de cet établissement. Il n'est donc pas encore parvenu à l'ARS.

Entre temps, la situation a évolué :

-MSL : fin mars, réception d'une notification de financement par l'ARS (montant identique à 2018) et organisation à l'initiative de la ville de Lille d'une réunion des financeurs pour traiter la question des financements de MSL.

-ABEJ-Solidarité : aucun écrit ne vient confirmer jusqu'à présent le montant et le versement d'une subvention par l'ARS. Néanmoins, Mathilde MULHBACH, chargée de mission au pôle santé de l'association, a contacté Mme BREVART à l'ARS. La référente ARS a assuré, ce lundi 20 mai, que l'ABEJ Solidarité recevrait en 2019 un versement identique à 2018. Un contrat devrait arriver dans les semaines à venir.

#### Discussion :

Les membres du comité de pilotage remarquent la multiplication des réponses récentes de l'ARS concernant les différentes demandes qu'elles proviennent du Réseau ou des membres fondateurs. Ces débuts de réponse pourraient s'expliquer par le dépôt de la circulaire budgétaire, et par le travail en cours de répartition de l'enveloppe FIR 2019.

Au regard des éléments récents, le courrier perd de son sens. La légitimité de l'action est devenue obsolète. François CAPLIER propose de retenir les enseignements de cette action avortée. Le comité de pilotage observe la complexité d'un courrier d'alerte avec deux échelles de signatures (coordination administrative et médicale du Réseau et direction des établissements hospitaliers). Il est préférable de maintenir la signature par les médecins du Réseau et le promoteur pour les courriers d'alerte.

Le comité de pilotage revient sur l'organisation des deux rencontres à venir avec l'ARS Hauts de France :

- 14 Juin de 10h à 12h : Revue de gestion annuelle du Réseau (Juliette KEMP, chargée de mission « réseaux de santé » et Benjamin LEFEBVRE, référent pour l'EPSM AL au sein de l'ARS). Le promoteur sera représenté par François CAPLIER. Il est fortement suggéré que les associations portant les centres de santé soient représentées. Ainsi Maïta DUBOIS et Dr Marie-Laure FRYs confirment leur participation tandis que l'ABEJ Solidarité sera représentée par Rolande RIBEAUCOURT.
- 28 juin de 11h à 12h30 : Réunion sur le thème de l'interprétariat avec Virginie RINGLER, chargée de mission « santé précarité » à l'ARS Hauts de France et Juliette KEMP, référente du Réseau. Il semble que cette rencontre ne donnera pas lieu à des décisions ou arbitrages financiers en faveur du dispositif porté par le Réseau (et MSL) mais constitue un temps d'échange privilégié sur la thématique à articuler avec les besoins régionaux.

3) **Assemblée générale du Réseau : organisation, contenu, intervenant, etc**

*Cf. Annexe « Jeunes en errance : Etat des lieux et modalités d'accompagnement », La santé en action, n°438, décembre 2016*

La date du 4 juillet a été retenue. François CHOBEAUX, sociologue, travailleur social, animateur du réseau Jeunes en errance du Céméa a été contacté. Il est disponible, très intéressé pour intervenir sur cette thématique dans le cadre de l'AG.

*François CHOBEAUX est sociologue et travailleur social / Responsable national Jeunesse et Social des CEMEA.*

*Après avoir été animateur et directeur de structures de loisirs et de vacances de mineurs, puis éducateur en prévention spécialisée, François Chobeaux est depuis 1989 membre de l'équipe pédagogique nationale des CEMEA. Chercheur sur les dynamiques de jeunesse : prises de risques, marginalités, transitions adolescent-adulte.*

*Sociologue, animateur du réseau national Jeunes en Errance, Céméa.*

*A mené une recherche sur le sujet pour la DGS en 2013 et sur la grande précarité en général :*

*<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/438/jeunes-errance-modalites-accompagnement.pdf>*

*<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2019-1-page-3.htm#>*

*[https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/bulletin\\_errance\\_2-2018.pdf](https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/IMG/pdf/bulletin_errance_2-2018.pdf)*

Mme RINGLER a été sollicitée afin de collecter des informations, indicateurs sur la thématique en vue de proposer un focus territorial. Nous avons été orientées vers Amandine DEJANCOURT, chargée de mission sur la thématique jeune.

Il reste à préciser l'organisation concrète, les modalités de diffusion...

**Discussion :**

Le comité de pilotage valide l'organisation suivante :

13h30 à 14h : accueil café

14h à 15h : Restitution de l'activité 2018 du Réseau et échanges

15h à 16h45 : intervention de François CHOBEAUX et échanges.

Il est proposé de faire commencer le copil précédant cette AG à 11h30.

François CHOBEAUX devrait pouvoir intervenir dans le cadre de ses missions d'animation du réseau « jeunes en errance » porté par la CEMEA, et auquel cas, cette intervention n'engendrerait pas de coûts supplémentaires pour le Réseau. Toutefois, ce principe est conditionné par le renouvellement des financements de ce réseau par la DGCS. Sinon, il faut envisager un coût de 350 € pour l'intervention ainsi que la prise en charge des frais de déplacement. (500 € globalement).

L'AG aura lieu dans une salle adaptée au nombre potentiel du public (entre 40 et 100 personnes) : salle de l'IFSI de l'EPSM AL sur le site de Lommelet à Saint André.

François CAPLIER indique qu'il serait intéressant de diffuser l'information en interne de l'EPSM AL.

Christian MATTON évoque les problématiques de santé mentale, d'addictions que rencontrent de nombreux jeunes, le sujet de la crise suicidaire également. Par ailleurs, il est précisé que le dispositif VIGILANS (dispositif de veille et d'accompagnement auprès des personnes présentant un risque suicidaire) s'élargit au public adolescent.

#### 4) Formation ethnopsychiatrie/ Transculturalité

Le groupe de travail « pédopsychiatrie et précarité » a rédigé un cahier des charges pour une formation de 6 jours sur la thématique « ethnopsychiatrie et transculturalité ». Le projet envisage que cette formation puisse être adressée à des professionnels de l'EPSM AL mais également à des professionnels des structures des membres fondateurs (MSL, ABEJ,).

L'EPSM AL pourrait ainsi financer la formation de ses professionnels tandis que le Réseau pourrait financer celle des autres membres.

Le Réseau rencontrera prochainement le responsable de la formation continue de l'EPSM AL afin de finaliser le cahier des charges et envisager le montage possible en termes de co-financements.

##### **Discussion :**

Il est rappelé que ce projet de formation prend appui sur la mixité des groupes de professionnels à former (des professionnels de l'EPSM AL, et notamment des pôles de pédopsychiatrie, mais également des professionnels des structures des membres fondateurs telles que Diogène, l'ABEJ Solidarité, MSL, CHU de Lille, etc. mais également des structures d'orientation comme l'accueil de jour Eole).

L'EPSM AL a retenu dans ses axes de formation cette thématique. Tel qu'est pensé le projet de formation, l'EPSM AL porterait la formation, financerait les frais pour les professionnels rattachés à l'établissement. Quid du financement des autres professionnels ? Est-il possible d'envisager la prise en charge par le réseau pour les autres professionnels ? Le comité de pilotage souhaite que chaque structure finance la formation de ses professionnels, en première intention.

Le financement par le Réseau ne doit être envisagé qu'à la marge et si la capacité de financement par l'employeur a été explorée dans un premier temps.

#### 5) Informations diverses et actualités :

##### **Discussion :**

Sylvie BONTEMPS propose d'inviter Martine MOURA, coordinatrice générale des soins au CHU de Lille lors du prochain comité de pilotage du Réseau.

Par ailleurs, Sylvie BONTEMPS précise que la mise à disposition par le CHU de Lille du poste de l'IDE « veille saisonnière » auprès de la CMAO (Ophélie MARCHAND) a été prolongée en l'absence de Franck VERBRUGGEN.

Sylvie BONTEMPS soulève la question de l'articulation entre les services sociaux hospitaliers et le SIAO porté par la CMAO. Depuis le passage au système national d'information SI-SIAO, outil du dispositif d'accès et d'accompagnement à l'hébergement (intervenu en juillet 2018), l'articulation entre les hôpitaux et l'hébergement rencontre quelques difficultés. Ces difficultés s'observent notamment dans le cadre de l'intervision pédiatrique. Le réseau a été sollicité récemment sur cette question par des professionnelles sociales du GHICL et du CHU de Lille : difficultés d'usage de l'outil, etc.

La coordinatrice a évoqué cette question auprès de Jérôme RYBINSKI. Selon lui, le SIAO n'est pas compétent à répondre aux besoins de formation des professionnels à l'appropriation du SI-SIAO. Cela relève de la compétence de la DGCS/DDCS. Cette dernière a organisé des formations mais dans un période peu favorable (été 2018). Jérôme RYBINSKI propose que ces questions puissent être abordées dans le cadre d'une réunion avec l'équipe opérationnelle de la CMAO où pourraient être conviés les représentants des services sociaux hospitaliers.

En relation avec les autres service sociaux hospitaliers (GHICL, CHU de Lille et EPSM AL), Sylvie BONTEMPS propose de prendre contact avec Jérôme RYBINSKI pour organiser un temps de rencontre avec la CMAO en y associant la coordination du Réseau.

Prochain comité de pilotage :  
Jeudi 4 juillet de 11h30 à 13h30  
EPSM AL, salle de réception du Self, Saint André Lez Lille



**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du 04 Juillet 2019  
EPSM AL, Saint-André-Lez-Lille**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - M. RYBINSKI, directeur CMAO - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE – Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL – Mme MOURA, coordinatrice générale des soins, CHU de Lille – Mme DJEDDI, psychologue, Diogène – Mr CHOBEAUX, sociologue, travailleur social, animateur du réseau « Jeunes en errance », CEMEA.

**Absents excusés** : Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML – Mme DE PAUW, directrice URPS ML - M. CREPEL, conseiller municipal, élu délégué à la santé, Mairie de Lille - M. MAILLARD, Directeur de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille - M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO - Mme DUBOIS, Présidente, MSL

### **ORDRE DU JOUR**

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 23 mai 2019
- Restitution des rencontres ARS de juin 2019 : revue de gestion annuelle et réunion « interprétariat »
- Retour des rencontres avec les porteurs des PTA du territoire
- Planning du second semestre 2019
- Projet de recherche en sciences de gestion au sein du Réseau

#### **1) Validation du compte-rendu du 23 mai 2019**

##### **Discussion :**

Le compte-rendu est validé.

#### **2) Restitution des rencontres ARS de juin 2019**

- a) Revue de gestion annuelle du Réseau (14/06/2019 avec la participation du promoteur, MSL, ABEJ Solidarité)  
(Cf. Document joint « Synthèse du rapport d'activité 2018 – Réseau Santé Solidarité Lille Métropole)

Cette réunion a permis de rencontrer la nouvelle référente du Réseau au sein de l'agence, Juliette KEMP chargée de mission sur les « réseaux de santé », ayant pris la succession de

Magali BREVART désormais en charge du déploiement des dispositifs de Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

Une synthèse du rapport d'activité a été réalisée à cette occasion.

Quelques sujets ont fait l'objet d'échanges particuliers :

- **La question de l'abandon du dossier social partagé.** Nos interlocuteurs ont suggéré que le Réseau renouvèle sa réflexion sur un système d'information partagé en faisant l'étude des besoins et des usages (nature, qualité de l'information à partager...). Le recours actuel de l'ABEJ Solidarité et de MSL à un prestataire commun pour les dossiers médicaux informatisés est apparu comme un levier à explorer pour renouveler cette réflexion.

Mme KEMP et Mr LEFEBVRE encouragent le Réseau à interroger le prestataire chorus quant aux possibilités de structuration et de gestion d'une interface (faisabilité, coût, limites, etc.). Compte tenu des actions engagées par l'ARS sur cette thématique (PREDIS, GIP Santé numérique), il semblerait possible d'envisager un financement pour la mise en place d'un système d'information partagé. Il serait nécessaire d'engager une réflexion globale dans le cadre d'un chantier d'ampleur.

- Il a été de nouveau signalé l'intérêt d'une approche qualitative sur les typologies de parcours au sein du Réseau.
- La question des alertes réalisées en 2017/2018 au sujet des femmes enceintes, enfants en situation de rue : Juliette KEMP a invité le Réseau à se rapprocher des services de protection de l'enfance du territoire.
- Projet d'extension : il a été rappelé que la question de l'interprétariat serait travaillée de manière dissociée avec la référente PRAPS (objet de la rencontre du 28 juin). Le Réseau a eu l'occasion d'exprimer ses besoins de développement sur le versant Nord Est de la métropole, et de coordination des soins pour les situations complexes. Le suivi des signalements au Réseau et des situations faisant l'objet d'une intervision santé précarité nécessitent davantage de temps et des compétences spécifiques (des compétences infirmières seraient pertinentes). De plus, le Réseau envisage une coopération avec les PTA en faisant valoir son expertise de la précarité.

Après échange, Juliette KEMP exprime son soutien quant à cette demande en y attachant quelques suggestions et orientations. Elle rédigera une note en ce sens pour appuyer le Réseau dans le cadre de l'arbitrage budgétaire de l'ARS qui se réalise fin juin/début juillet 2019.

- ➔ Prioriser la participation à la PTA du territoire initial du Réseau (Lille : PTA portée par CORALIE)
- ➔ Envisager de développer l'extension en deux temps : une demande d'un 0,5 ETP de coordination de soins, puis un temps plein.
- ➔ Détailler la hausse prévisionnelle des frais de fonctionnement afin d'ajuster la demande de financement complémentaire.

Une réponse officielle sera transmise en septembre 2019.

A noter que les échanges se sont prolongés avec la coordination administrative afin d'étayer davantage la note en faveur du développement (référence à la circulaire ministérielle parcours santé primo-arrivants, stratégie nationale de santé 2018-2022, recommandation HAS « case management » pour les personnes souffrant de troubles mentaux, prospective HAS sur les parcours de santé des personnes vivant à la rue et parcours LHSS/LAM).

**Discussion :** Il a été nécessaire d'expliquer de nouveau l'émergence et l'histoire du Réseau. Les participants à cette réunion s'accordent également sur l'intérêt manifesté à l'activité du Réseau.

- **Interface d'information partagée au niveau du Réseau** : Si certes le dossier numérique médical patient est en cours de déploiement, pour autant, tous les patients du Réseau ne peuvent prétendre à son accès (du fait de la couverture sociale : bénéficiaires de l'AME ou personnes sans droits ne peuvent y prétendre ; les personnes concernées par la fracture numérique, ou en manque d'autonomie)<sup>32</sup>. Par ailleurs, Rolande RIBEAUCOURT informe les membres du copil que la question de l'accessibilité de cet outil a été débattue lors de la conférence territoriale de santé : Comment adapter le DMP aux personnes en difficultés ?
  - ➔ Il est convenu d'engager une réflexion minimale sur une interface entre MSL et le Centre de Santé de l'ABEJ Solidarité. Chorus pourra être interrogé (faisabilité, chiffrage). Parallèlement, compte tenu des financements possibles, le promoteur propose de se tenir informé de la dynamique régionale impulsée sur cette thématique.

A noter que l'URPS ML ne suit pas en particulier le développement du DMP.

- **Extension territoriale et création d'un poste de coordination des parcours de santé** : Madame KEMP a pu faire un retour informel sur les décisions de financements qui ont été prises suite à la revue annuelle de gestion. **La création d'un 0,5 ETP a été retenue et validée.** Ceci libérerait du temps de coordination administrative afin de développer l'activité du Réseau et ses partenariats sur le versant Nord Est.

Pour rappel, le **besoin identifié est celui d'un poste soignant de coordination « santé »** (appréhension du parcours en intégrant la dimension sociale) avec la nécessité d'une bonne connaissance des partenariats. Silvana SION rappelle l'importance d'une bonne connaissance des aspects sociaux. Néanmoins, il est indispensable d'imprimer une identité santé au poste.

Il est rappelé que **Franck VERBRUGGEN, IDE mis à disposition par le CHU de Lille au sein de l'équipe mobile de la CMAO a pu exprimer son intérêt pour ce poste.**

Effectivement, son expérience au sein du samu social lui permet de capitaliser la connaissance du public et des partenaires ainsi que des compétences de coordination. Il serait intéressant de connaître les démarches éventuellement entamées par Franck VERBRUGGEN dans un projet de formation (il existe notamment le master « trajectoire de soins » porté par Ilis.

Dans la perspective d'un éventuel recrutement de Franck VERBRUGGEN, **il sera nécessaire que la CMAO, le CHU de Lille et l'EPSM AL se réunissent pour envisager un montage tripartite.**

**Une grande partie des membres du comité de pilotage sont d'accord pour se réunir, à réception de la décision de financement, pour affiner le profil de poste et les missions de ce nouveau temps partiel** (Diogène, CHU de Lille, CMAO, ABEJ Solidarité, GHICL, EPSM AL et MSL). La fiche de poste sera à valider dans le cadre d'un comité de pilotage du réseau.

De même, la hausse du budget de fonctionnement a été annoncée à hauteur d'un montant supérieur à la demande initiale : 8000 € de frais de fonctionnement.

b) Réunion « interprétariat » (28 juin)

*Cf. Document joint « Etat des lieux recours et besoins en interprétariat »*

*Cf. Communiqué sur le projet « AB Réfugié social »*

---

<sup>32</sup> Information qu'il sera nécessaire de vérifier (amendement N°COM 172 et 173 à la loi santé – adoptés en 1<sup>ère</sup> lecture sénat le 11 juin 2019).

Virginie RINGLER a rappelé les contraintes qui encadrent les projets de déploiement de l'interprétariat dans le médico-social en région. D'une part, l'IGAS n'a pas encore rendu son rapport sur la modélisation des dispositifs d'interprétariat (échéance fin 2019/début 2020). D'autre part, différents chantiers nationaux viennent croiser cette dynamique et doivent être pris en compte : relabellisation des PASS, organisation du parcours santé des personnes en situation de migration, harmonisation des pratiques des EMPP. Ainsi, Mme RINGLER a convenu d'un décalage entre les contraintes régionales et les contraintes/besoins du Réseau.

Virginie RINGLER explique également qu'un projet transfrontalier (Projet AB Réfugié social<sup>33</sup>) auquel participe l'association La vie active travaille actuellement à la mise en œuvre d'un dispositif de soutien psychologique aux exilé.e.s avec, entre autres, le projet de création d'un pool d'interprètes assermentés (cahier des charges en cours, chantier de 2 à 4 ans).

Le Réseau a proposé de porter une expérimentation (en développant le dispositif existant) qui pourrait être le support de l'étude des besoins que souhaite lancer l'ARS Hauts de France. Cette expérimentation pourrait consolider l'action « patient traceur » tout en permettant de mener une réflexion sur le parcours de santé des primo arrivants. Virginie RINGLER n'y est pas opposée et identifie un éventuel cadre de financement. L'article 51 lié au « fond innovation en santé ». Ce fond a permis de financer le dispositif d'interprétariat en Bretagne (Réseau Louis Guilloux).

Ce fond est dédié au financement d'actions d'innovation en santé qui dérogent à la tarification à l'acte, dans une logique d'une démarche « accélérateur » et de déploiement. Le pilotage est porté par un comité stratégique. Cela induit d'être dans une logique de co-construction avec les services en mobilisant également les partenaires du droit commun.

Virginie RINGLER s'engage à se rapprocher de son homologue breton pour nous transmettre : des éléments de méthodologie, les critères ainsi que le calendrier.

Ces perspectives ne répondent pas au besoin immédiat de financement pour les recours aux interprètes au sein du Réseau (le dispositif actuel s'est crispé, il n'y a plus d'accès possible aux interprètes pour Diogène, pour le centre de santé de l'ABEJ Solidarité).

Juliette KEMP propose qu'une partie de l'ajustement des frais de fonctionnement du Réseau dans le cadre de l'extension puisse être fléchée vers l'interprétariat. Ce fléchage nécessitera de vérifier, au préalable, la possibilité de reversement auprès de MSL qui porte administrativement le dispositif. Il sera nécessaire de réaliser un arbitrage sur la ventilation des frais de fonctionnement du Réseau (prévisionnel global : 8000 €). Dr Marie-Laure FRYs précise que la priorité est de maintenir les interventions des interprètes en proposant davantage ce recours aux médecins généralistes du Réseau (coût évité si l'interrogatoire de médecine générale est de bonne qualité).

#### **Discussion :**

Une partie des interventions d'interprètes à MSL devrait pouvoir être financées par le Réseau. Cela devrait autoriser de nouveau l'accès à Diogène et CDS ABEJ Solidarité. Le Réseau attend donc les éléments de l'article 51 afin de porter sa candidature. L'ARS est intéressée par la perspective d'une expérimentation par le Réseau qui pourrait aider au déploiement PRAPS en région.

En marge de la discussion, Rolande RIBEACOURT souligne que l'ABEJ Solidarité n'a toujours pas eu de notification/décision de financement pour le centre de santé pour 2019.

---

<sup>33</sup> Cf. Document joint « immigration – Projet AB réfugiés-social : des avancées significatives » - <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/Region-et-institutions/L-action-de-l-Etat-dans-la-region/Cohesion-sociale-vie-associative-sport-et-jeunesse/Immigration-Projet-AB-refugies-social-des-avancees-significatives#>

### 3) Retour des rencontres avec les porteurs PTA

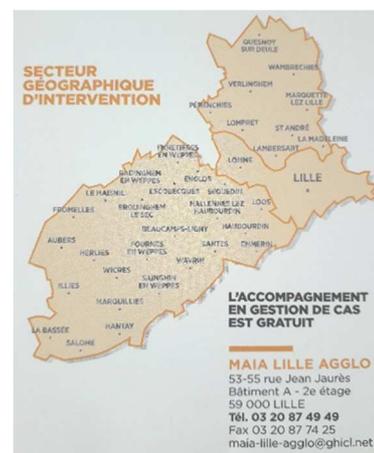
PTA Coralie (Pr François PUISIEUX, Dr Valérie PETIT, Sabine DELATTRE, Isabelle BRASSART) : Depuis peu, Coralie a appris l'absence de financement possible pour la création d'un poste pour la PTA. La structure maintient son projet en se positionnant comme animateur d'un réseau d'experts avec 3 missions (Accueil et information ; accompagnement des situations complexes ; outils).

L'orientation prioritaire sur laquelle souhaite s'engager Coralie est d'offrir un appui aux médecins généralistes. La participation de l'URPS ML à la gouvernance de la PTA est primordiale (rencontre à venir).

Dans l'optique d'une coopération du Réseau avec cette PTA, il sera nécessaire de travailler sur les critères d'orientation vers le Réseau.

Prochaine étape : organisation d'un comité préparatoire.

PTA Eollis est également dans une démarche de montage de sa PTA. Contrairement à Coralie, Eollis poursuit la démarche de négociation quant à la demande de création de poste, l'ARS semblant peu favorable à cette demande. En vue d'une coopération du Réseau, les partenaires sollicitent la description des critères d'interpellation de notre structure par la PTA. Une réunion avec l'ensemble des partenaires participant à ce nouveau dispositif est prévu le jeudi 19 septembre entre 12h à 14h (lieu à préciser).



#### Discussion :

Rolande RIBEAUCOURT attire notre attention sur la loi « santé 2018-2022 » cadre dans lequel les réseaux de santé sont voués à disparaître de même que les PTA. L'UNIOSS a réalisé un décryptage très intéressant de cette loi (présenté à l'URIOPSS) dans lequel elle indique que les PTA seraient remplacées par des DAC (Dispositifs D'Accompagnement Coordonné ?). Rolande RIBEAUCOURT diffusera ce support aux membres du copil.

**Les PASS :** Silvana Sion évoque le processus en cours de relabellisation des PASS. L'appel à projet sera lancé par l'ARS Hauts de France mi-octobre 2019. Alexandra DIVANDARY réunira l'ensemble des établissements hospitaliers fin septembre 2019. Avec cet appel à projet, c'est également la coordination régionale PASS qui sera reconfigurée dans une dimension « grande région ». Les établissements hospitaliers ne sont pas obligés de développer une PASS (mais en l'absence d'une PASS, l'établissement doit nécessairement être pourvu d'un service d'urgences). Les PASS Psy ne feront pas l'objet d'un appel à projet. Parmi les critères de labellisation PASS :

- 1 ETP AS obligatoire (0,5 ETP réservé sur le dispositif et 0,5 ETP dédié à l'animation territoriale de santé (en lien avec le PRAPS)
- ET 0,5 ETP médical et paramédical (psycho, IDE, ergo), les hôpitaux sont libres d'organiser la ventilation du temps médical et paramédical dans le cadre de ce 0,5 ETP

Silvana SION propose d'organiser la réflexion et les échanges sur la dimension territoriale, l'animation de ces dispositifs relabellisés au sein de l'instance du pilotage du Réseau, en y incluant les partenaires hospitaliers de Tourcoing et de Roubaix.

Une réflexion devra également être amenée sur l'harmonisation des EMPP/ PASS Psy dont le modèle reste à organiser.

### 4) Planning du second semestre 2019 (Cf. Planning)

Discussion : Les dates des comités de pilotage sont définies.

Jeudi 3 octobre 14h30 à 16h30  
Jeudi 14 novembre de 14h30 à 16h30  
Vendredi 20 décembre de 12h30 à 15h

### 5) Projet de recherche en sciences de gestion au sein du Réseau

Deux enseignantes-chercheuses en gestion (dominante marketing), Melea Press, rattachée à Skema business School et Hélène Gorge, Université de Lille (ILIS) travaillent sur la compréhension des comportements de consommation et des systèmes de marché dans une perspective de marketing social et transformatif. Elles s'intéressent aux retombées positives que peuvent avoir certaines organisations en se focalisant sur le bien-être individuel et collectif, en particulier dans les champs de la pauvreté, de la santé et du développement durable.

Ce projet de recherche porte sur le travail mis en place par le réseau pour permettre aux patients de pouvoir être (ré)intégré au système de santé "classique", d'aller vers le droit commun. Il s'agirait d'un travail qualitatif basé sur des entretiens avec les professionnels du réseau et sur des observations lors des temps de rencontre et de formations. Ce travail de terrain permettrait de comprendre s'il existe des parcours "types" de patients au sein du réseau du début de leur prise en charge jusqu'à leur retour vers du droit commun, de saisir les obstacles et les difficultés dans ce parcours et d'en tirer potentiellement des préconisations; mais aussi de comprendre au niveau plus macro les interactions entre le réseau et le reste des acteurs de la santé et la manière dont ces interactions impactent ces parcours. En dehors des aspects théoriques qu'elles chercheraient à développer, les résultats (construction de typologies, de critères d'efficacité, etc.) pourraient s'avérer utiles pour le réseau à un niveau opérationnel.

#### **Discussion :**

Jérôme RYBINSKI s'inquiète de voir des disciplines comme le marketing chercher à modéliser ce qui se joue dans l'accompagnement social ou médical. Ne doit-on pas être davantage prudent et vigilant quant aux intentions qui peuvent porter ces initiatives ? Les membres du comité de pilotage entendent cette réserve émise et propose de recevoir, lors de la prochaine instance, les chercheuses pour mieux cerner l'objet de leur étude, ses objectifs avant de se positionner.

Prochain comité de pilotage  
Jeudi 3 octobre de 14h30 à 16h30  
Lieu à préciser



**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du 03 Octobre 2019  
Hôpital Huriez, CHU de Lille**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - M. RYBINSKI, directeur CMAO - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL – Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO – Carole MALAQUIN, service santé, Ville de Lille

**Absents excusés** : Mme VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML – Mme DE PAUW, directrice URPS ML - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - Mme. BENEAT, Directrice générale par intérim, EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille - Mme DUBOIS, Présidente, MSL

### **ORDRE DU JOUR**

- Présentation du projet de recherche des enseignantes-chercheuses en gestion (dominante marketing) : Melea PRESS, rattachée à Skema business School et Hélène GORGE, Université de Lille (ILIS) - 10 à 15 min de présentation et d'échanges
- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 4 juillet 2019
- Etat des dépenses du Réseau (sept. 2019)
- Extension du Réseau : décision modificative de financement ARS, développement versant Nord Est, poste de coordination des parcours, etc.
- Actualité des membres
- Demande de stage de Julie RIGOUREAU, coordination des trajectoires de santé, Master 1, Ilis et demande de stage SP1, IRTS

**1) Présentation du projet de recherche des enseignantes-chercheuses en gestion (dominante marketing) : Melea PRESS, rattachée à Skema business School et Hélène GORGE, Université de Lille (ILIS)**

Melea PRESS et Hélène GORGE travaillent sur la compréhension des comportements de consommation et des systèmes de marché dans une perspective de marketing social et transformatif. Elles s'intéressent aux retombées positives que peuvent avoir certaines organisations en se focalisant sur le bien-être individuel et collectif, en particulier dans les champs de la pauvreté, de la santé et du développement durable. Elles souhaitent axer leur travail de recherche au sein du Réseau sur la « santé/vulnérabilité » en appliquant une

méthode de recherche inductive (ce qui signifie que des premiers questionnements ou axes sont posés mais que la collecte de données permet de susciter de nouveaux intérêts de recherche ou de réorienter la recherche).

Les objectifs seraient d'étudier le fonctionnement du réseau, ses objectifs et ses résultats à partir de deux axes principaux :

- Comprendre le cheminement des patients vers un retour au droit commun. Cet axe se focaliserait surtout sur le parcours patient au sein du réseau et l'objectif de [ré]intégration au système de santé.  
Ce premier axe nécessiterait de pouvoir s'entretenir avec des professionnels mais également d'envisager la rencontre avec des usagers/patients.
- Appréhender le fonctionnement du réseau au sein du système de santé et son fonctionnement institutionnel en interne. Cet axe correspond à une approche des organisations.

Il s'agit d'une recherche académique, de terrain, davantage qualitative, qui pourra donner lieu à la production d'écrits ou d'articles.

Le calendrier envisagé :

- Novembre 2019 à mai 2020 : entretiens avec les professionnels Réseau (+ éventuels patients/usagers)
- Novembre 2019 à novembre 2020 : observation lors des moments d'interactions du Réseau (formations flash, intervisions, etc)
- A partir de janvier 2020 : participation/observation (formelle ou non) au DU

Les chercheuses proposent également d'intégrer les besoins éventuels du Réseau à leur sujet.

#### **Discussion :**

Le comité de pilotage se positionne favorablement à l'accueil de ce projet de recherche. Il est vrai que le Réseau a été encouragé à travailler sur les parcours (parcours patient traceur avec une grille d'entretien adaptée) et à identifier les risques de rupture de parcours.

Il serait intéressant que cette recherche puisse identifier et objectiver les coûts évités, les coûts supplémentaires. Les membres du comité de pilotage sont également sensibles à une réflexion à engager sur la notion de cheminement, sur la question de l'écosystème (ensemble des partenaires), sur la notion d'intégration ou de non intégrabilité des situations. Le Réseau estime que cette approche en face à face entre le système/filière spécifique et le droit commun est pertinente, une porte d'entrée intéressante pour chercher à mesurer la plus-value du Réseau.

A termes, ce travail de recherche pourrait être restitué dans le cadre d'une Assemblée Générale.

Il est convenu que Hélène GORGE et Melea PRESS s'appuieront sur la coordinatrice administrative pour organiser leurs observations auprès des différents membres et instances du Réseau.

## **2) Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 4 juillet 2019**

#### **Discussion :**

Le compte-rendu est validé.

## **3) Etat des dépenses du Réseau (sept. 2019)**

*(Cf. Annexe n°1 : Etat des dépenses au 20 septembre 2019)*

Le Réseau a reçu deux versements sur trois prévus. Le dernier versement sera enclenché par la signature de l'avenant au CPOM ainsi que par l'envoi d'un état des dépenses réalisées et

des dépenses prévisionnelles pour le dernier trimestre. Le document présenté n'intègre pas la décision modificative de financement liée au développement du Réseau.

A noter que le Réseau a versé la subvention de 16 000 € à l'ABEJ Solidarité (coordination médicale).

**Discussion :**

Le Réseau est en attente de l'avenant au CPOM.

**4) Extension du Réseau : décision modificative de financement ARS, développement versant Nord Est, poste de coordination des parcours, etc.**

La décision modificative de financement du Réseau, reçue le 16 septembre 2019, confirme la validation par l'Agence Régionale de Santé Hauts de France du projet d'extension du Réseau. Ainsi pour l'année 2019, le Réseau percevra 12 500 € supplémentaire pour la création d'un poste de coordination des parcours complexes (poste IDE, représentant 6 mois de 0,5 ETP) et 2092 € consistant au réajustement de frais de fonctionnement en vue de l'extension territoriale du Réseau.

Ainsi en 2019, le budget du Réseau sera porté à 135 976 €.

**Discussion :**

**Concernant l'extension territoriale :**

Hélène PAUCHET évoque la question du financement de MSL et les dernières rencontres des financeurs sur le sujet. Lors d'une première rencontre initiée par la ville de Lille, la MEL était présente. Lors de la seconde réunion, les autres grandes collectivités locales telles que Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq n'étaient pas représentées, la MEL semblait être peu mobilisée sur le sujet. La préfecture, quant à elle, a manifesté un intérêt important sur l'action de l'association MSL. Or l'objectif de ces rencontres des financeurs était de pouvoir intégrer les villes dont les populations ont accès à l'offre de MSL et ainsi organiser une charge budgétaire territorialement mieux répartie. Il serait utile de présenter le Réseau à ces collectivités locales.

L'extension territoriale induit d'envisager l'élargissement du comité de pilotage où siègent actuellement les représentants des neuf membres fondateurs. Parmi les partenaires du territoire du versant Nord Est de la Métropole (territoire cible de l'extension), sont évoqués l'EMPP La Ravaude, l'EPSM Lille Métropole, le Centre Hospitalier de Roubaix, le Centre Hospitalier de Tourcoing. La MEL ne détient pas de compétences santé. Comment approcher ces potentiels membres ? Quid des autres collectivités locales (solliciter les directions de CCAS ?) ? Quels seraient le statut de ces nouveaux membres ? Serait-il nécessaire de modifier la convention constitutive ? d'élaborer un avenant ? Faudrait-il suggérer la référence sociale aux établissements hospitaliers ?

Les besoins pré-identifiés, exprimés par certains partenaires du versant nord est, sont le besoin en interventions et en formations flash.

Il est proposé que le processus d'intégration de nouveaux membres soient étudiés lors du prochain comité de pilotage du Réseau à l'appui de la convention constitutive.

**Concernant le poste :**

Franck VERBRUGGEN, IDE détaché du CHU de Lille auprès de la CMAO (équipe mobile) occupera le poste à mi-temps de coordination des parcours complexes. Sylvie BONTEMPS indique que Franck VERBRUGGEN sera désormais placé sous sa référence.

La mise à disposition de ce mi-temps détaché du CHU auprès du Réseau (portage EPSM AL) sera organisée par le biais d'une convention émanant du CHU. Le CHU doit désormais recruter un.e nouvel.le infirmier.e pour le mi-temps infirmier qui se libèrera alors sur la CMAO. Ce

recrutement n'est pas aisé, il faut pouvoir trouver une personne intéressée par la mission au samu social de la CMAO et par un temps partiel. Ophélie MARCHAND, infirmière détachée du CHU au samu social pendant la veille saisonnière et prolongée en l'absence de Franck VERBRUGGEN, est fortement intéressée, son investissement et son professionnalisme sont repérés pas les membres du Réseau. S'il y a un souhait de maintenir cette professionnelle sur le poste, reste à régler le financement du second mi-temps.

L'organisation du détachement du mi-temps de Franck VERBRUGGEN sur le réseau et l'organisation du remplacement de son temps (0,5 ETP) sur la CMAO devient un axe prioritaire et urgent, le Réseau ayant appris être financé en 2019 pour 6 mois d'exercice. Ceci laisse présager un excédent financier qu'il faut pouvoir contenir en accélérant le démarrage du poste.

## 5) Actualité des membres

### Discussion :

**ABEJ-Solidarité** : Rolande RIBEAUCOURT revient sur la rencontre avec Mme BREVART, Mme DELCROIX à l'ARS (aout 2019) concernant le centre de santé de l'ABEJ Solidarité et ses financements. Les référentes ARS ont exprimé leur souhait de pouvoir aboutir à un contrat pluri annuel. La rencontre a permis d'être rassuré sur la reconduction du financement à moyens constants. Ainsi, l'Agence n'envisage pas financer davantage le centre. Des financements alternatifs ont fait l'objet d'échanges mais ils ne sont pas adaptés (ex. : financements via la politique de la ville or le lieu d'implantation du centre de santé ne se situe pas sur une zone géographique éligible).

**PASS GHICL** : Silvana SION rappelle l'évolution du dispositif de l'ACS. Celui-ci disparaît au profit de la CMU Solidaire à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019. Silvana SION a invité la CPAM Lille Douai à intervenir dans le cadre du copil PASS de St Vincent afin d'informer les partenaires sur cette évolution.

**Projet de formation flash** : Silvana SION transmet la proposition d'une formation flash avec l'intervention de Maître Antoine BERTHE (contact de Claire ANGENAULT, juriste au GHICL) sur la question du récit dans le parcours des migrants. Cette proposition est retenue. De même, il paraît important d'organiser une formation flash sur la thématique des droits de santé en début d'année 2020.

**Projet ACT Pédiatrique** : Très récemment, certains membres ont été contactés par l'ADNSMP (association portant des appartements de coordination thérapeutique Atre-Apparte) : CHU de Lille, GHICL, CMAO. La coordination du Réseau a été contactée par la référente LHSS/LAM/ACT à l'ARS (Mme Rachel NENNIG). Une étude des recensements des besoins est en cours (rôle de l'association), avec une perspective d'autorisation d'ouverture de ce nouveau dispositif (8 places prévisionnelles sur la métropole) fin 2019 pour une mise en œuvre potentielle au 1<sup>er</sup> trimestre 2020. Les membres du copil préconisent de rencontrer cette association et l'ARS dans le cadre d'une même rencontre, cette thématique faisant partie des besoins remontés par le Réseau et ses parties prenantes depuis de nombreuses années. Y seront associées l'assistante sociale du Centre Oscar Lambret et Dr Anne MATTHEWS.

## 6) Demande de stage de Julie RIGOUREAU, coordination des trajectoires de santé, Master 1, Ilis et demande de stage SP1, IRTS

### Discussion :

Stage Ilis :

Le Réseau ne peut accueillir ce type de stage tant que le poste de coordination de parcours ne sera pas mis en œuvre.

**Stage IRTS :**

Les membres du comité de pilotage choisissent de retenir Kylian LEMAITRE compte tenu de son profil plus atypique. La coordinatrice prendra contact avec les trois étudiants afin de leur donner réponse.

Prochain comité de pilotage :  
Jeudi 14 novembre de 16h à 18h  
à l'ABEJ Solidarité, 282 rue Jules Vallès à Loos



**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du 14 Novembre 2019  
Siège social de l'ABEJ Solidarité, Loos Lez Lille**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau - Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL – Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - M. VERBRUGGEN, IDE, CMAO - Mme DUBOIS, Présidente, MSL - Mme VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML- M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité -

**Absents excusés** : Dr MARSILLI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML – Mme DE PAUW, directrice URPS ML - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille - Mme. BENEAT, Directrice générale par intérim, EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille - M. RYBINSKI, directeur CMAO

### **ORDRE DU JOUR**

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 3 octobre 2019
- Point budgétaire (état des dépenses, affectation de l'excédent)
- Extension territoriale du Réseau (convention, extension copil)
- Poste de coordination parcours (Fiche de poste, missions)
- Moyens dédiés à la régulation LHSS
- Projets ACT Pédiatriques - circuit de signalement/orientation
- Divers :
  - Demandes de stage
  - Instance de copil : terrain d'observation de la recherche de Melea PRESS et Hélène GORGE ?

#### **1) Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 3 octobre 2019**

#### **Discussion :**

Le compte-rendu du comité de pilotage du 3 octobre est validé.

#### **2) Point budgétaire (état des dépenses, affectation de l'excédent budgétaire)**

*(Cf. Annexe n°1 – Etat des dépenses RSSLM au 31/10/2019)*

A ce jour, il reste à percevoir 55 054 € sur les 135 976 € du financement du Réseau pour l'exercice 2019. L'avenant au CPOM intégrant le financement du poste de coordinateur des

parcours complexes et le réajustement des dépenses autorisées pour les frais généraux a été signé et transmis par le promoteur du Réseau à l'ARS.

En considérant les dépenses anticipées à venir pour la fin de l'exercice 2019, il est estimé un excédent de 12 700 € dont 8 333 € (4 mois 0,5 ETP coordination des parcours qui n'ont pas pu être mis en œuvre).

Vers quelle(s) action(s), ou dépense(s) exceptionnelle(s) flécher cet excédent budgétaire ? Parmi les besoins repérés et déjà abordés au sein du copil : prestations d'interprétariat, formation en ethnopsychiatrie ? ou autres besoins spécifiques ?

#### Discussion :

Après échanges sur des postes de dépenses qui ne paraissent pas pertinents (achats de traitements pharmaceutiques), François CAPLIER suggère de **flécher l'excédent vers :**

-le **financement des prestations d'interprétariat déployées à MSL**. Pour autant, celles-ci ne couvriront pas la totalité de l'excédent prévisionnel.

-le **financement d'une formation pour un groupe de professionnels du Réseau sur la thématique « ethnopsychiatrie »** (projet émanant d'un groupe de travail du Réseau « ethnopsychiatrie et précarité », l'EPSM AL ayant le projet de financer la formation pour un groupe de professionnels de l'EPSM AL).

Les membres du comité de pilotage sollicitent, dans ce cadre, le **réajustement du cahier des charges de cette formation**. La **durée de la formation sera de 5 jours** (une séquence de 3 jours et une séquence de 2 jours) et le **nombre de participants sera porté à 15 personnes**.

Il est demandé à la coordinatrice du Réseau de se rapprocher de MSL afin de **deviser le coût des prestations d'interprétariat pour 2019**. De même, la coordinatrice se rapprochera des organismes de formation en vue d'obtenir des devis pour les prestations de formation.

A l'occasion des échanges, l'ABEJ Solidarité souligne la nécessité de pouvoir **réévaluer le temps consacré par Christian MATTON dans le cadre de la coordination médicale du Réseau** (et donc le financement, fixé actuellement à 16 000 €). Rolande RIBEAUCOURT précise que ce **questionnement pourrait être soumis à l'échange dans le cadre de la revue de gestion annuelle du Réseau en 2020**.

Maïta DUBOIS fait part de ses **démarches auprès de fondations concernant la recherche de financement pour la création d'un poste infirmier au sein de MSL**. S'il est obtenu, ce financement pourrait être l'occasion d'expérimenter la mise en œuvre d'une coordination infirmière au sein de MSL. Sylvie BONTEMPS indique que la **pérennisation de ce poste pourrait alors s'inscrire en 2020 à l'occasion de l'appel à projet PASS** (selon le nouveau cahier des charges encore en gestation) en concertation avec le CHU de Lille.

### 3) Extension territoriale du Réseau

*(Cf. Annexe n°3 - Convention constitutive du RSSLM, modifiée en 2008)*

Le Réseau étend son territoire d'intervention à l'échelle de la métropole lilloise. Il a été convenu de travailler dans un premier temps à l'intégration du versant Nord Est (Roubaix, Tourcoing principalement). Il est nécessaire de clarifier le processus conventionnel auquel recourir afin d'élargir le comité de pilotage ainsi que les étapes de développement (recensement des besoins, approche partenariale).

#### Discussion :

Suite à la lecture rapide de la convention constitutive du Réseau (2005 – révisée en 2008) fournie aux membres du comité de pilotage, les participants constatent :

-les **modalités de gouvernance à modifier** dans le cadre de l'élargissement territorial (composition du comité de pilotage)

-l'**absence de référence aux dispositifs PASS** alors que les hôpitaux participent au comité de pilotage au titre des PASS et qu'il **semble nécessaire de pouvoir se référencer à des dispositifs pérennes**.

-en prévision de l'extension, il semble nécessaire de **créer un nouveau collège de membres** (nouveau statut « membre associé » intégrant le copil). Les nouveaux membres ne peuvent, par définition, détenir un statut de membre fondateur.

Aussi, la piste de l'avenant n'est pas suffisant. **Il est nécessaire de « refondre » la convention constitutive. Un groupe technique, issu du comité de pilotage, se réunira pour travailler à une proposition de refonte qui sera présentée lors d'une prochaine instance.**

**Calendrier** : si les travaux de réécriture se réalisent rapidement, il sera proposé d'organiser une Assemblée Générale extraordinaire du Réseau (1<sup>er</sup> trimestre 2020). Si le calendrier des travaux est retardé, cette question sera traitée dans le cadre de l'assemblée générale du Réseau (mai/juin 2020).

Silvana SION, Sylvie BONTEMPS, Hélène PAUCHET et François CAPLIER sont volontaires pour participer à ce comité technique « révision de la convention Réseau ». Il est proposé de **profiter de cette révision pour intégrer la dimension de coordination des parcours de soins complexe**.

En parallèle de ce travail de réécriture, il est proposé de **se rapprocher de manière informelle des différents partenaires potentiels concernés et à impliquer dans l'extension territoriale du Réseau** :

-François CAPLIER évoquera le projet auprès du directeur du CH de Roubaix ainsi qu'auprès de la direction du CCAS de Roubaix.

-La coordinatrice du Réseau se rapprochera du Dr Isabelle ALCARAZ afin de solliciter un appui dans la prise de contact avec la direction du CH Dron.

-Il est proposé de prendre également contact auprès de Sébastien DUMORTIER et Laurent REYNAERT, cadres socio-éducatifs de l'EPSM LM.

L'idée d'intégrer la CPAM au sein du comité de pilotage ne fait pas l'unanimité. Toutefois, l'idée d'envisager, pour cette institution, un statut d'invité n'est pas complètement rejeté. Par ailleurs, les membres s'accordent sur le principe de ne pas aller trop vite dans l'extension du comité de pilotage.

Enfin, **le réseau se rapprochera de l'ARS pour présenter la méthodologie du déploiement du Réseau sur le territoire métropolitain.**

#### **4) Poste de coordinateur de parcours complexes**

*(Cf. Annexe n°4 - Fiche de poste : Document de travail)*

Le poste de coordinateur de parcours complexes est désormais en œuvre (démarrage au 2 novembre 2019). Une rencontre est prévue le 20 novembre entre le CHU de Lille, la CMAO et le promoteur du Réseau afin d'affiner l'organisation fonctionnelle du poste (répartition temps de travail, accès aux outils, etc.).

Une trame de fiche de poste, à l'état de document de travail, est proposée comme base d'échanges aux membres du comité de pilotage pour définir les missions et activités de ce poste.

#### **Discussion :**

L'arrivée de l'infirmier positionné sur la veille saisonnière est effective (détachement du CHU de Lille auprès de la CMAO).

**Concernant le coordinateur des parcours de soins complexe :**

Franck VERBRUGGEN et Christelle LEMAIRE ont travaillé à la création d'une fiche de recueil du signalement des situations. **Des outils de suivis de ces signalements, des réponses données, des actions de coordination des parcours sont à produire** (réponses graduées, « sur mesure »). Sylvie BONTEMPS et François CAPLIER préconisent de **s'inspirer des outils des MAIA, de la fiche alerte CLSM ainsi que de la charte éthique, référentiels HAS.**

**Se dégageront de ces outils, les critères d'inclusion en coordination de parcours ainsi que les critères de complexité.** Les outils seront à affiner au fil de l'eau. Ils seront présentés lors d'un prochain comité de pilotage.

Parallèlement à la prise de poste, **Sylvie BONTEMPS rappelle l'importance du transfert de compétences à réaliser auprès des autres infirmiers de la CMAO.** Il a été proposé à la CMAO de retravailler à l'articulation avec les partenaires du soin dont les hôpitaux.

En marge de la discussion, est évoquée la création d'une équipe mobile métropolitaine en charge des « situations complexes des adolescents sur la métropole ». François CAPLIER, au titre de l'EPSM AL, suit le déploiement de ce projet porté par la Sauvegarde du Nord en partenariat avec l'EPSM (temps infirmier dédié). François CAPLIER précise qu'il s'agit d'une équipe mobile chargée d'intervenir auprès des adolescents accueillis sur les dispositifs départementaux de l'ASE.

#### 5) Moyens dédiés à la régulation LHSS

Le Réseau est financé à hauteur de 0,5 ETP Médical pour la régulation du dispositif LHSS. Le poste est attribué au Dr Hélène MORHAN, tandis que l'activité de régulation est répartie entre les trois médecins salariés à MSL. D'une dizaine de lits au démarrage du dispositif, celui-ci couvre désormais 40 places portées par 4 associations sur 5 sites. Une possible extension par l'AFR (Roubaix) en 2020 porterait à 46 places le dispositif sur la métropole. MSL attire l'attention du comité de pilotage et souhaite échanger sur l'absence de réajustement des moyens dédiés à la régulation du dispositif.

#### Discussion :

Après réflexion, le temps dédié a été évalué et il semble suffisant.

#### 6) Projet ACT Pédiatriques : circuit des signalements de situation, orientations

En octobre 2019, les membres du réseau ont été sollicités et concertés au sujet d'un pré-projet d'ouverture d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pédiatriques. Le Réseau (CHU de Lille, GHICL, coordination du Réseau) a ainsi rencontré le 15 octobre l'association ADNSMP et Rachel NENNIG, inspectrice ARS Hauts de France. Le SIAO de la CMAO et la ville de Lille ont également été concertés. Il s'agissait de recenser les besoins et de préciser les typologies des situations concernées. La rencontre a pu faire apparaître une limite de l'adaptation des moyens et du cadre des ACT aux situations connues du Réseau. Effectivement, la majeure partie des situations connues concernent des ménages dont le statut administratif est précaire et pour lesquels des ressources actives sont inaccessibles à court terme. Ce statut, s'il n'est pas définitif, n'évolue pas au rythme des soins et d'un accompagnement potentiel par les ACT. Ce profil majoritaire pose la question de la viabilité du dispositif, et de la potentialité du turn over.

Parmi les autres points de vigilance proposés : le circuit d'orientation/attribution de la place. En tenant compte des typologies de situations, de la capacité réduite de places et en anticipant un turn over faible, il pourrait être intéressant d'envisager l'instance de l'intervision pédiatrique comme un espace de concertation et d'orientation vers ces ACT.

Hélène PAUCHET, sollicitée également par l'ADNSMP, partage le besoin d'identifier un circuit de signalement/orientation pour ces situations de grande vulnérabilité qui accèdent également aux permanences sociales des CCAS ou au service santé de la ville de Lille.

**Discussion :**

Le dispositif ACT Pédiatrique tel qu'il a été présenté dans le cadre de la rencontre ne correspond pas au public du Réseau. Le turn over que l'on peut imaginer faible sur le dispositif est questionnant.

Ce dispositif semble être davantage ouvert à des situations repérées par les équipes des UTPAS ou des CCAS. Hélène PAUCHET évoque des situations de familles confrontées à des problématiques d'asthmes liées à l'environnement domestique, signalées dans le cadre d'un projet urbanisme. Les ACT pédiatriques pourraient répondre à ce type de situations.

**7) Questions diverses :**

**a. Demande de stage**

*(Cf. Annexe n° 5 – CV et lettre de motivation Camille PRIZINS)*

Camille PRIZINS, étudiante en 1ère année de Master « Trajectoires de santé » à Ilis, IDE, formule auprès du Réseau une demande de stage 120 heures à réaliser entre janvier et juin 2020.

**Discussion :**

Hélène PAUCHET est intéressée par cette candidature dans le cadre d'un projet du service santé. Ainsi, la candidate sera orientée vers la ville de Lille.

**b. Terrain d'observation de Melea PRESS et Hélène GORGE**

Les membres fondateurs seront sollicités tour à tour dans l'organisation d'entretiens avec des professionnels. L'organisation des rencontres avec l'ABEJ Solidarité est en cours. Les enseignantes chercheuses aimeraient intégrer l'instance du comité de pilotage à leur terrain d'observation.

**Discussion :**

Les membres du comité de pilotage, sous l'impulsion de Sylvie BONTEMPS, sollicitent une grille d'observation pour cerner les attentes des chercheuses ainsi que l'objet de cette demande.

**c. Informations diverses :**

- Dr Christian MATTON évoque le nombre important de situations relevant de la prise en charge des pathologies psychiatriques au sein des consultations du centre de santé. Il en profite pour évoquer le partenariat qualitatif qui s'est mis en place avec le SMPR. A titre d'exemple, Dr SCOUFFLAIRE organisant une consultation au centre de santé de l'ABEJ Solidarité pour le relai de suivi d'une personne sortant de détention.
- Vincent DE CONINCK évoque le dispositif « Un chez soi d'abord jeune » pour lequel l'ABEJ Solidarité a reçu l'agrément. Deux territoires participent à l'expérimentation du déploiement pour un public âgé de 18 à 25 ans : Lille et Toulouse. L'équipe se met en place. La première commission d'admission aura lieu en décembre 2019. 50 Places

seront mises en œuvre d'ici la fin 2020, la difficulté résidant dans la captation des logements.

Coordinatrice du dispositif : Mathilde FERRIEZ, sous la direction de Véronique WAXIN.

- Rolande RIBEAUCOURT précise que **l'ABEJ Solidarité a répondu à l'appel à projet pour l'ouverture de 10 ACT**. Un passage en commission d'AAP est prévu la semaine du 20 novembre.
- Enfin, Hélène PAUCHET partage l'information de l'évolution particulièrement favorable d'une situation qui a fait l'objet de deux interventions successives, ayant mobilisé de nombreux partenaires. La personne concernée vit désormais à la Résidence Henri CONVAIN d'Areli.

Prochain comité de pilotage :

Vendredi 20 décembre à 12h30 à l'EPSM de l'Agglomération lilloise

Salle de réception du self à Saint André Lez Lille



**Compte Rendu du Comité de pilotage  
du 20 Décembre 2019  
EPSM de l'agglomération lilloise**

**Participants** : Mme LEMAIRE, coordinatrice du réseau - Mme BONTEMPS, responsable service social CHRU - Dr FRYSS, médecin MSL, Coordination médicale du réseau - M. CAPLIER, Secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise - Mme RIBEAUCOURT, Directrice pôle santé, ABEJ Solidarité - Mme SION, coordinatrice du service social, GHICL - M. VERBRUGGEN, infirmier coordinateur de parcours complexes, RSSLM - Mme VERROUL, responsable direction prévention et promotion de la santé, URPS ML - Dr MARSILI, psychiatre coordinateur, DIOGENE - M. CREPEL, conseiller municipal, élu à la santé Mairie de Lille- M. RYBINSKI, directeur CMAO – Mme MOURRA, coordinatrice des soins, CHU de Lille – Mme MALAQUIN Carole, chargée des pôles ressources santé, Ville de Lille.

**Absents excusés** : Dr KORNOBIS, médecin généraliste, URPS ML – Mme DE PAUW, directrice URPS ML - Mme. BENEAT, Directrice générale par intérim, EPSM de l'Agglomération Lilloise, Promoteur du Réseau - Mme BENSOUSSAN, directrice des solidarités et de la santé, Ville de Lille Dr MATTON, médecin ABEJ Solidarité, Coordination médicale du réseau – Mme PAUCHET, responsable service santé Ville de Lille - Mme DUBOIS, Présidente, MSL - M. DE CONINCK, directeur général, ABEJ Solidarité -

**ORDRE DU JOUR**

- Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 14 novembre 2019
- Point budgétaire (état des dépenses, affectation de l'excédent)
- Point d'étape de l'extension territoriale du Réseau (convention, coordination des parcours complexes)
- Parcours du suivi de grossesse
- Accès aux vaccins
- Informations :
  - Projet CMAO « Accès aux soins : le point de vue des personnes en situation de non recours »
  - Planning 2020

**1) Validation du compte-rendu du comité de pilotage du 14 novembre 2019**

**Discussion** :

Le compte-rendu est validé.

**2) Point budgétaire (état des dépenses, affectation de l'excédent budgétaire)**

*(Cf. Annexe n°1 – Etat des dépenses RSSLM au 17/12/2019)*

Comme il en avait été décidé lors de la dernière instance, les crédits non dépensés sur le poste d'infirmier de coordination de parcours de soins complexes et sur une partie des frais généraux devaient être fléchés sur le projet de formation « ethnopsychiatrie » et les prestations d'interprétariat. Des devis ont été réalisés en ce sens.

La demande d'autorisation du provisionnement de ces crédits sur une ligne budgétaire de formation a été rejetée par l'ARS. La subvention du Réseau auprès de MSL, au titre de la prise en charge des prestations d'interprétariat a, quant à elle, été actée et organisée (2 600 €).

Les crédits non consommés seront sans aucun doute « récupérés » par le financeur en 2020.

#### **Discussion :**

Les membres du copil regrettent cette perte de crédits d'autant que le projet de formation « ethnopsychiatrie » est un projet résolument de réseau, légitimé par la volonté d'adapter l'offre et les pratiques de soins et d'accompagnement à l'évolution du public de la grande précarité.

Le promoteur du Réseau propose de maintenir ce projet de formation en sollicitant une rencontre auprès de Mme KEMP, ARS, en janvier 2020.

### **3) Point d'étape de l'extension territoriale du Réseau (convention, coordination des parcours complexes)**

*(Cf. Annexe n°2 – Document de travail « refonte de la convention constitutive du RSSLM »)*

#### ***a) Refonte de la convention :***

Un premier temps de travail s'est organisé en décembre. Celui-ci n'a pas permis de couvrir la réécriture de l'ensemble de la convention. Une prochaine réunion de travail aura lieu le 8 janvier à 14h30 (DG, EPSM AL à Saint André Lez Lille) avec la participation d'Hélène PAUCHET, Sylvie BONTEMPS, François CAPLIER et Christelle LEMAIRE.

#### **Discussion :**

Le promoteur rappelle qu'il sera nécessaire de concerter l'ARS sur la question d'une éventuelle validation de la nouvelle convention du Réseau par l'agence. Ce sujet pourrait être abordé à l'occasion du rendez-vous à programmer avec Madame KEMP en janvier 2020.

Silvana SION rappelle la nécessité d'intégrer la référence aux PASS dans la nouvelle convention.

Les participants échangent sur la composition du comité de pilotage et les différentes qualités de ses composantes. La qualité de « membre associé » est introduite. Un statut qui pourrait être accessible sur la proposition du comité de pilotage et validé en assemblée générale à la majorité des membres « qualifiés ». Concernant le processus décisionnel du copil : dans le cadre de l'extension, les décisions seraient prises à l'unanimité.

Ces questions importantes seront entièrement discutées lors du prochain copil.

Jérémie CREPEL soulève la question du calendrier dans la mise en œuvre de l'extension. Les municipalités vont entrer en période de réserve du fait des prochaines élections municipales. Selon Jérémie CREPEL, si le Réseau soumet cette nouvelle convention avant mars 2020, la mairie devrait pouvoir la signer mais ne pourrait en faire la publicité. Ceci reste à vérifier auprès du service juridique de la ville de Lille. La ville de Lille apportera ces éléments de précisions au réseau. A noter que les autres municipalités seront également tenues par cette réserve.

Le copil décide d'organiser la prochaine assemblée générale en juin 2020 avec le temps fort de la signature de la nouvelle convention par les membres fondateurs et nouveaux membres associés. Ce report à juin 2020 n'empêche pas d'entamer les travaux avec les centres hospitaliers et services sociaux des territoires du versant Nord Est.

Les participants échangent sur la pertinence d'intégrer la MEL au sein du copil. Il est proposé de faire apparaître la liste des membres associés dans un document annexe à la convention. Ce procédé permettrait, plus généralement, d'éviter une retouche de la convention en cas d'intégration d'un nouveau membre.

#### ***b) Coordination des parcours :***

A ce jour, une quinzaine de situations sont en cours de suivi par Franck VERBRUGGEN (variations des actions de suivi et de coordination). Compte tenu du nombre déjà important des situations et du temps partiel réservé à cette activité, comment « contenir » la charge de travail et la file active de la coordination des parcours complexes ?

#### **Discussion :**

Une première proposition consiste à exclure, d'emblée, pour le moment, les situations pédiatriques. Dr Marie-Laure FRYS précise qu'il serait regrettable d'être dans une exclusion systématique des situations des mineurs. Certaines d'entre elles sont particulièrement complexes et nécessiteraient cette coordination. Les membres du copil proposent qu'à la marge, certaines situations d'enfants puissent faire l'objet d'une inclusion si la complexité et le besoin important de coordination est confirmé par le filtre de l'intervision pédiatrique. Une inclusion qui resterait marginale pour le moment.

Concernant la question de l'évaluation, celle-ci doit être construite par une approche qualitative et quantitative. Il est nécessaire d'identifier ou de créer des indicateurs qui permettront d'objectiver la complexité des parcours et donc d'affiner les critères d'inclusion. Des outils peuvent être inspirants :

- Rapport d'activité Diogène : 10 facteurs de complexité gradués
- Outils des MAIA

Ces critères de complexité devront faire l'objet d'une adaptation. De même, il est nécessaire d'identifier la graduation des réponses.

Sylvie BONTEMPS et Silvana SION proposent aux coordinateurs un temps de travail sur ces critères de complexité et d'inclusion.

Il est également rappelé que l'infirmier coordinateur ne doit pas faire à la place des partenaires mais les accompagner.

#### **4) Parcours du suivi de grossesse**

Dans le cadre d'une réunion du centre de santé de l'ABEJ Solidarité, il a été évoqué la question des quelques situations de grossesse accompagnées par le centre de santé. Ces situations sont moins nombreuses qu'à MSL mais elles se rencontrent un peu plus régulièrement (hausse des couples accueillis à l'accueil de jour). Il s'agit souvent de femmes présentant des conduites addictives et/ou des pathologies psychiatriques.

A MSL, les femmes enceintes de moins de 5 mois sont orientées vers la PMI. Toutefois, déroge à cette règle d'orientation, une majorité de femmes roms, trop peu autonomes dans leur accès aux soins pour ce type d'orientation. Ces dernières sont orientées, via une fiche navette, vers une plage de consultation prénatale dédiée à l'hôpital Saint Vincent. Les patientes de l'ABEJ Solidarité pourraient-elles bénéficier de ce circuit d'orientation ?

#### **Discussion :**

Dans la mesure où ces situations restent marginales, Silvana SION propose au centre de santé de l'ABEJ Solidarité de se mettre en lien avec MSL pour profiter de ce créneau spécifique. Cela induit une prise de contact par l'infirmier du centre de santé auprès de MSL pour la prise de rendez-vous. Ce processus ne peut convenir que si le volume de situation reste faible. A cette occasion, Jérôme RYBINSKI précise le rapprochement entre la DTV de la Sauvegarde du Nord et des services du département.

## 5) L'accès aux vaccins

L'accès aux vaccins à MSL est cadré par une convention tripartite entre MSL, Pédiatres du Monde et le conseil départemental du Nord. Il y a 6 mois, s'est engagé un travail de reconventionnement. Le département s'est montré critique quant à la gestion des vaccins. A ce jour, sans aboutissement de ce conventionnement, MSL et Pédiatres du Monde sont en difficultés en termes d'accès aux vaccins.

### Discussion :

Jérémie CREPEL réagit à la description de la situation en rappelant l'implication de la ville de Lille sur ce sujet, motivée par les besoins exprimés par les habitants. L'intervention du bus médico-social de MSL, dont l'activité s'est arrêtée en raison d'une gestion trop lourde, a très probablement évité le développement d'épidémies. Il faut être vigilant sur le risque d'une baisse de la couverture vaccinale. La ville de Lille propose donc à MSL et PDM de pouvoir en échanger et de voir ensemble si une action « hors les murs » doit être repensée avec le soutien de la ville.

## 6) Informations :

### a. *Projet CMAO « Accès aux soins : le point de vue des personnes en situation de non recours »*

La CMAO a reçu une réponse favorable à sa réponse à l'appel à projet « démocratie sanitaire » de l'ARS. Ce projet est porté par l'ISL, le CRPA et la CMAO. Prenant appui sur des outils CMAO (bureau mobile, équipe mobile), il consiste à interroger les personnes accompagnées sur leur perception du système de santé, des outils déployés pour lutter contre le non recours.

Dans le cadre de ce projet, un travailleur pair sera recruté ainsi qu'un étudiant en master 2 pour le travail d'ingénierie. Seront interrogées des personnes en situation de rue et des personnes ayant fait l'expérience d'un parcours de rue. Cette action permettra de bénéficier d'un éclairage scientifique.

### b. *« Conseil local de santé mentale des étudiants » - ESPM AL*

François CAPLIER informe, qu'en partenariat avec l'université de Lille, une instance est en cours de création. Il s'agit d'une hybridation entre un conseil local de santé mentale, une équipe mobile et un réseau à destination de l'ensemble du public étudiant dont les lieux de cours sont principalement fixés à Villeneuve d'Ascq. Le chef de pôle du secteur de psychiatrie de Villeneuve d'Ascq a la référence de ce projet (Dr Bubrovsky) en s'appuyant sur un maillage avec les services sociaux. Cette entité sera incluse dans le premier groupe de travail du PTSM.

### c. *Planning 2020 Cf. Annexe n°3*

#### Prochains comités de pilotage :

Vendredi 24 janvier 2020 à 13h30 (lieu à définir)

Jeudi 5 mars à 14h30 (MSL ou accueil de jour de l'ABEJ Solidarité)

Jeudi 14 mai à 14h (lieu à définir)

Vendredi 26 juin à 12h – Salle de réception du self, EPSM AL à Saint André Lez Lille