

Compte-rendu COPIL 2025

présenté le jeudi 30 avril 2026

par :

- Sabine LECUYER, coordinatrice
- Julie GRAVIER, infirmière

Présents :

- SENCE Annie, infirmière Asalée, Gournay en Bray
- HESNARD Clémence, infirmière Asalée, Serqueux
- DEVAUX Isis, chargé de mission, ARS Normandie
- PARMENTIER Fanny, référente RSA, mission locale du Talou
- PEYRONNY Anaïs, coordinatrice, CPTS Bray/Bresle
- COUILLARD David, coordinateur, maison de santé Neufchâtel en Bray
- HECQUE Benoît, agent d'accueil, PASS de Gisors
- JUQUIN Anthony, coordinateur, ACT La Boussole
- LEFEBVRE Guillaume, chef de service, ACT La Boussole
- BILOQUET Armelle, présidente, communauté de communes de Londinières
- POUILLY Stéphanie, assistante socio-éducative, CSAPA Caux et Bray
- LEVACHER Maryline, adjointe, mairie de Saint-Saëns
- CARNET Céline, travailleuse sociale, MSA Haute-Normandie
- RACINE Emmanuelle, cadre de santé, CH Neufchâtel en Bray
- TORCHON Anne, infirmière EMGD, CH Neufchâtel en Bray
- MEINNEMARE Emmanuelle, référente de parcours, CLIC MDAA Blangy sur Bresle
- HERNANDEZ Françoise, infirmière, PASS de Rouen
- HOUEL Alexandra, assistante sociale, PASS de Rouen
- CLEON Tatiana, cadre de santé, CH de Neufchâtel en Bray
- DESENCLOS Elodie, infirmière Asalée
- MOREAU Isabelle, psychologue, INSERACTION
- JOURDAIN Coralie, référente de secteur, ADMR Neufchâtel en Bray
- LEBOURG Angélique, intervenante sociale
- JAYOT Tristan, infirmier, UMAPP
- BALLEUX Shirley, coordinatrice CLS, communauté de communes des 4 rivières
- VILLAIN Aurélie, coordinatrice jeunesse, PEP76
- KROLEWICZ Isabelle, responsable, Restos du cœur de Gournay en Bray
- DEBEAUVAIS Dominique, adjointe au maire, mairie CCAS de Neufchâtel en Bray
- TREVAT Roman, chargé de partenariats, CPAM
- MAILLET Pamela, cheffe de service, AARPB
- BOUS Françoise, bénévole, Resto du cœur de Neufchâtel en Bray
- RRNAUX Mathilde, infirmière coordinatrice, ADMR Neufchâtel en Bray
- DENOYER Marie, responsable MDAA, UTAS
- HALLIER Elizabeth, conseillère France Service, Forjecnor 2000
- BOURDIN Stéphanie, conseillère France Service, Forjecnor 2000
- RESMOND Peggy, directrice des soins, CH Neufchâtel en Bray
- PIERRAIN Christophe, infirmier, UMAPP/CHSR
- COLOMBE Marie-Pierre, psychologue, UMAPP/CHSR
- LEBRUN Claudine, bénévole, Restos du cœur
- LE PIRONNEC Claudine, bénévole, Restos du cœur
- FERRANDO Andrea, psychologue, Emergences
- NOTTIAS Amélie, IPA, maison de santé de Neufchâtel en Bray
- MARLOT Coralie, assistante sociale, PASS de Gisors
- DUBOIS Raphaële, responsable de pôle, ONM
- TRANCHANT Coralie, coordinatrice PASS, ARS
- EVREUX Emmanuelle, chargé de mission, ARS
- CHERFILS Carole, infirmière EMGD, CH de Neufchâtel en Bray

Excusés :

- DELAHAIS Olivier, directeur par intérim, CH de Neufchâtel en Bray
- VAN DEN BROUCKE Angélique, infirmière, PASS de Dieppe
- PETIT Marine, assistante sociale, PASS de Dieppe
- SELLIER François, maire, mairie d'Aumale
- PERTUISEL Juliette, assistante sociale, PTS APEI Seine et Mer
- LESUEUR Christine, présidente, communauté de communes des 4 rivières
- LEROY Christelle, conseillère en insertion sociale et professionnelle, mission locale du Talou
- LE PATEZOUR Julie, directrice, association CARAVELLES
- BRISSET Blandine, référente de parcours, CLIC/MDA Pays de Bray
- BERTRAND Nicolas, président, communauté de communes Bray-Eawy
- LECLEIRE Bérénice, gestionnaire administrative et financière, ARS

Ordre du jour :

- Cadre et évolution : actualité et structuration de l'équipe
- Analyse de l'activité 2025 : retour sur les 124 parcours accompagnés et la réalité du terrain – Le partenariat
- Portrait du public : focus sur la précarité économique et les ruptures de droits
- Cas pratiques
- Bilan globale : organisation, ancrage territorial, points de vigilance
- Projets 2026 : nouvelles conventions, outil de coordination et sensibilisation à l'habitat dégradé
- Présentation des ACT par l'association La Boussole
- Conclusion et questions diverses

Cadre et évolution

- ➔ Rappel du cadre légal du dispositif des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : instauré par la loi du 29 juillet 1998
- ➔ Rappel de la mission principale : faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus démunies par un accompagnement spécifique
- ➔ Rappel du financement : crédits intégrés au Fonds d'Intervention Régional (FIR) par le biais d'une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signée en 2023 (en cours de renouvellement)
- ➔ Rappel du contexte de création de la MAPASS de Neufchâtel en Bray et de son fonctionnement : réponse aux besoins des « zones blanches », se distingue par sa mobilité – équipe composée d'une coordinatrice/travailleuse sociale à temps plein et d'une infirmière à mi-temps encadré par une cadre de santé – Public cible : patient avec besoin de soins non pourvus en situation de précarité – Rappelé que la MAPASS n'est pas un service d'urgence
- ➔ Rappel des missions principales : accès aux droits et aux soins en accompagnement vers le droit commun – lutte contre le renoncement en identifiant les freins – optimisation du parcours en évitant le recours inapproprié aux urgences – coordonner sur le territoire en agissant à la croisée de plusieurs PASS
- ➔ Rappel du secteur d'intervention : communauté de communes Bray – Eawy, de Londinières, des 4 rivières, interrégionale Aumale – Blangy
- ➔ Rappel de la prise en charge : repérage par des démarches d'aller-vers / orientation via les partenaires / interpellation par les familles ou la personne – réalisation d'une évaluation sociale et sanitaire – élaboration d'un plan d'accompagnement avec le patient selon ses priorités – suivi par le biais d'accompagnement aux rendez-vous (médicaux, partenariales, ...) / visite à domicile / entretien à l'hôpital / entretien dans les bureaux des partenaires
- ➔ Rappel de l'importance du partenariat : ne pouvons pas travailler en vase clos, efficacité basée sur un réseau dense et des échanges réguliers que ce soit en interne (réunion d'équipe), régional (participation journées régionale de PASS et groupes de travail pour harmoniser nos pratiques, échanges réguliers avec les partenaires. Rappel de l'intensification des liens avec de nombreux acteurs sur 2025 (DAC, CMS, Mission Locale, France Travail, ...)

L'enjeu : garantir la meilleure prise en charge possible en maintenant un lien constant avec tous les partenaires.

Analyse de l'activité 2025 :

- ➔ 124 patients dont 66 nouveaux, constatation d'une légère baisse par rapport à 2024 mais nuancée par deux facteurs : absence et départ d'Amélie BRAUX / départ en formation de Julie GRAVIER. A contrario, augmentation de l'intensité du travail // ratio kilométriques : passés de 72 à 92 km parcourus par jour travaillé
- ➔ 2025 marquée par une stabilisation des missions malgré les défis organisationnels et une complexification croissante des situations de précarité sur le territoire mise en évidence grâce à un nouveau regard : arrivée d'une nouvelle coordinatrice, Sabine LECUYER, en avril 2025 – a été nécessaire d'approfondir les relations partenariales déjà existantes et d'en créer de nouvelles afin de répondre aux problématiques du public
- ➔ 2025 marqué par une intensification des partenariats : travail mis en place avec les mandataires judiciaires, continuité d'un travail en collaboration avec le DAAC YREN, intensification des relations avec les assistantes sociales de secteur et hospitalier, continuité des allers-vers (renforcement des liens avec les Restos du cœur de Gournay en Bray et le centre social l'Atelier à Blangy sur Bresle), mise en relation avec le service jeunesse de PEP76 à Gournay en Bray suite au constat d'une perte de public des 18-25 ans sur ce secteur

Profil sociodémographique du public :

- ➔ Ratio hommes / femmes équilibré – la majorité des patients ont entre 26 et 45 ans – baisse du public des 18/25 ans
- ➔ La précarité économique : 72% des patients vivent avec des revenus précaires soit une hausse de 9%, 22 % des patients n'ont aucune ressource, augmentation des patients sans domicile fixe personnel
- ➔ Apparition de profil de personnes porteuses de handicap non reconnus
- ➔ Constatation d'une baisse de la couverture santé : 68 % des patients seulement ont une couverture santé à leur arrivée – facilitation des ouvertures des droits grâce au portail CPAM
- ➔ Origine géographique : chiffres stables sur la communauté de commune de Bray Eawy – baisse des accompagnements sur la communauté de communes interrégionale Aumale – Blangy (expliqué par l'absence d'un professionnel orientant très souvent) – nette augmentation sur la communauté de communes des 4 rivières (expliqué par le renforcement des liens avec les Restos du cœur) – aucune intervention sur le secteur de Londinières : rencontre avec l'assistante sociale du secteur afin de présenter le service et contact pris avec la coordinatrice de la maison de santé de Londinières afin de prévoir une rencontre courant 2026

L'accompagnement social :

- ➔ Accompagnement du patient repose sur 3 piliers : le lien de confiance afin de créer un climat rassurant tout en maintenant une juste distance professionnelle / le partenariat avec le droit commun pour garantir une continuité d'accompagnement au patient et faire le relai plus facilement / l'inclusion de l'entourage considéré comme des proches aidants qui peuvent être de véritables facilitateurs
- ➔ Les missions opérationnelles : l'accès aux droits en travaillant sur mesure, au rythme du patient, pour ouvrir et stabiliser ses droits – le soutien au soin en lien étroit avec Julie GRAVIER afin de mettre en place un relai quand nécessaire au vu du mi-temps de cette dernière – mise en place des outils de suivi permettant de fluidifier l'information (création d'une fiche patient) permettant une continuité des soins et des démarches administratives

L'accompagnement sanitaire :

- ➔ Constatation de patients de plus en plus précaires avec une nette augmentation des problématiques sociales (hygiène, isolement, logement)
- ➔ Augmentation de la coordination infirmière avec les acteurs sociaux en lien avec l'absence de la travailleuse sociale en début d'année
- ➔ Une fragilisation de l'accès aux soins libéraux : enregistrement d'une baisse de – 15 % vers les médecins libéraux en général / - 6 % vers les médecins traitants / - 9 % vers les professionnels paramédicaux – Baisse s'explique par 2 facteurs conjoncturels majeurs : la précarisation des patients avec des couvertures sociales incomplètes et des droits de plus en plus complexes à ouvrir et la désertification médicale qui n'épargne plus notre secteur pourtant protégé jusqu'à maintenant
- ➔ 2025 années d'adaptation avec le renforcement du partenariat hospitalier et la collaboration pour les situations les plus complexes avec les PASS de Dieppe et d'Abbeville

Analyse des fins d'accompagnement :

- ➔ Augmentation des accompagnements courts du à l'efficacité de la mise en place du maillage partenarial
- ➔ Augmentation des accompagnements longs du à la complexification des situations
- ➔ Sorties par refus d'accompagnement souvent dû à un décalage entre la demande de l'orienteur et la réelle demande de la personne

Présentation de 2 cas concrets :

- Mr Heny – 71 ans

➔ Adressé par la coordinatrice du CLIC du Pays de Bray, situation évoquée en COCOOR, en relai et appui au DAC Yren :

- absence de parcours de soin
- isolement social, veuf
- habitat dégradé
- état dépressif
- précarité

➔ Evaluation sanitaire et sociale :

- Habitat dégradé : pas d'eau chaude ni de chauffage, maison achetée il y a 20 ans, aucun travaux effectués
- Droits retraite incomplets
- Personne isolée
- Pas de soins depuis une vingtaine d'année : plusieurs problématiques de santé
- Dans le déni de ses difficultés
- Interrogation sur troubles cognitifs
- Pas mobile, habite dans village, peu de moyens de transport
- Complexité à faire les démarches nécessaires pour rétablir sa situation
- Difficultés financières : mauvaise gestion ?

➔ Objectifs du plan d'accompagnement :

- RDV médecin généraliste :
 - Check up
 - Point sur toutes les pathologies et les spécialistes à aller voir
- Lien avec les partenaires (CMS, MDAA)
- Rétablir la situation administrative et financière en binôme avec l'AS de secteur
- Evaluer d'éventuels troubles cognitifs
- Faire diagnostiquer la maison et évaluer les éventuels travaux

➔ L'accompagnement (toujours en cours) :

- Lien avec l'AS de secteur : en difficulté depuis 1 an, Mr ne donne pas les documents demandés. Banque en ligne, difficulté à l'accompagner budgétairement. CI plus valide : pas possible d'ouvrir compte bancaire physique. Proposition de venir en renfort en accompagnant physiquement Mr.
Résultat : CI refaite, compte bancaire dans banque physique effectué, aide à la transmission des documents.
- Habitat dégradé : interrogation sur le maintien à domicile de Mr, maison renforce pathologie respiratoire. Intervention demandée au Département, via le secrétaire; VAD effectuée chez Mr pour constatation. Devis en cours pour estimation des travaux et évaluation du montant des aides possibles.
- Troubles cognitifs : demande d'intervention de l'EMEGD (Mr déjà évalué l'année précédente), IRM cérébrale passée + accompagnement chez un neurologue
- Précarité : AS de secteur avait déjà fait tous les dossiers nécessaires pour compléter la retraite. Travail terminé et abouti par la mise en route de tous les droits de Mr. Dans l'attente, accompagnement vers les restos du cœur de GEB pour aide ponctuelle.
- Soins : accompagnement chez le médecin traitant, prise des rdv et accompagnements pour tous les rdv d'examens et spécialistes (IRM cérébral, neurologue, ophtalmologue, dentiste, pneumologue, chirurgien digestif).
- Isolement : mise en place d'intervention via l'ADMR par la coordinatrice de la MDAA. Intervention trop compliquée // état du logement. Arrêt au bout de quelques mois. Discussion autour de l'intégration d'une RPA, compliqué pour Mr, très attaché à sa maison. Préparation psychologique sur le fait que peut-être déménagement obligatoire au vu des résultats // démarches habitat dégradé + mise en danger // santé
- Gestion du budget : confirmation d'une mauvaise gestion, se met en difficulté ++++. Proposition et explication d'une mesure de protection. Acceptation de Mr : requête envoyée.

- Rencontre et lien téléphonique avec tous les partenaires (MDAA, ADMR, Département) afin de coordonner nos actions.
- Mme Murielle – 57 ans
 - ➔ Adressée par l'assistante sociale du CMS en novembre 2024
 - Absence de complémentaire santé
 - Rupture de droits AAH
 - Sans domicile personnel (hébergée chez sa sœur mais conflit)
 - Vulnérabilité psychologique +++
 - VIF passées (ex-mari)
 - ➔ Evaluation sanitaire et sociale :
 - **Errance administrative** depuis 2 ans (démarches entamées dans le sud, pas suivies)
 - **Hébergement** précaire, pas de chambre, neveu toxique au domicile (spoliations ?)
 - Ancienne aide-soignante, AAH + inval pour dépression + déficit moteur épaules, **AAH non versée**, sentiment de honte très présent
 - Histoire de vie (récit de Mme) : dépendance à l'**alcool sevrée**, **VIF** (psychologique et financière) internement en psychiatrie abusif par son ex-mari (vivait dans le sud), l'a déposée chez sa sœur (hameau isolé près de Forges) après l'hospit, **perte de repères** (unique cause de sa situation actuelle)
 - Couverture sociale : droits de base + 100 % + mutuelle (de son ex mari, nombreuses garanties mais chère)
 - médecin traitant OK, véhiculée, pas de rupture de ttt mais **besoin de soins spécialisés**
 - **Fragilité psychologique**, pleurs, besoin de parler, sentiment de solitude, épuisement, douleurs diffuses généralisées
 - ➔ Plan d'action :
 - Dossier CSS
 - Rétablir droits AAH
 - Lien Dr traitant (pathos chroniques HTA, cholestérol, tabac = FR cardio-vasc, dépression) et orientation spécialistes :
 - pneumologue car SAS appareillé
 - neurologue pour pb cervical
 - rhumatologue pour douleurs diffuses
 - dentiste (dde de Mme)
 - RDV et acc CMP
 - Lien AS pour problématique du logement
 - Favoriser le lien social (Escall, Asso...)
 - ➔ L'accompagnement (toujours en cours) :
 - Dossier CSS : refus de Mme au moment de signer, veut conserver ses garanties
 - Droits AAH rétablis
 - Lien médecin traitant : non fait, difficultés de contact ➔ changement de stratégie, travail de guidance avec Mme pour qu'elle demande les orientations
 - Mme revendique son autonomie, se décrit comme victime du système mais ayant les ressources
 - RDV CMP : avec IDE : Mme refuse de voir un psychiatre car hostile à modification traitement
 - Pas de soins dentaires car ne peut avancer les frais (refus CSS)
 - Refus de fréquenter un centre social (mépris envers les bénéficiaires, pas d'identification possible)
 - Lien fait avec CMS (changement de référente) pour logement : Mme souhaite uniquement un logement dans le sud
 - ➔ Suivi par entretiens ponctuels pour respecter son souhait d'autonomie

MAIS... Les problématiques perdurent

- Mme multiplie les plaintes et demandes, a l'impression de ne pas être entendue, que les professionnels (AS, médecin...) ne font pas leur travail, mélange ses demandes, ne les formulent pas aux bons interlocuteurs, oublie des éléments, semble perdue

- pleurs à chaque entretien impossibilité de construire un plan d'action car plaintes mais refus des solutions proposées (CSS, logement social dans le 76, ASLL, réévaluation du traitement psy), estime qu'elle va avoir, de droit un logement dans le sud car est handicapée et victime de VIF, n'arrive pas à voir d'autres perspectives
 - relations de plus en plus toxiques avec le neveu mais refus de prise de contact ou de VAD
- Doutes sur la réelle autonomie de Mme, vulnérabilité très marquée, mise en échec par l'attitude de Mme

→ Nouveau plan d'action avril 2025 :

- Besoin de nouveaux regards sur la situation
- Interpellation de la PTS : entretien tripartite avec réévaluation globale, proposition GEM. Point sur la PC handicap : Mme a une notification SAVS depuis des années, Ok pour mise en relation mais pas de place dans l'immédiat
- Interpellation de l'IDE Asalée pour plus de cohérence dans la coordination des soins au plus près du médecin + évaluation cognitive
- Interpellation du CMP pour RDV psychiatre en mettant Mme face au constat de blocage en lien avec son état psychique : ok pour réévaluation du traitement
- Interpellation du CMS pour intervention conjointe

→ Octobre 2025 : épisode somatique aiguë : hospitalisation CHU Rouen Mme nous prévient (dde aide)

- lien avec AS du CHU et coordination avec IDE Asalée (préparation du RAD)
- Lien avec le staff médical pour avoir les infos médicales, qui diffèrent du discours de Mme
- Mme refuse l'hospitalisation en psy proposée au décours de l'hospitalisation en neurologie
- Manifestation d'un neveu qui souhaite s'impliquer : appui pour nous
- Pb de mobilité (ne conduit plus) : Mme accepte de fait les VAD et les accompagnements physiques (vers AS, aux RDV spécialistes), majoration des problématiques au domicile, Mme ne tient plus dans cet hébergement
- Emergence d'une réflexion sur la nécessité d'une mesure de protection (appuyée par le neurologue), hostilité manifeste de Mme

→ A ce jour :

- Axe logement prioritaire :
- demande de SIAO (avec AS du CMS)
- Travail sur un projet d'ACT (avec l'AS du CMS et IDE Asalée pour partie médicale) : lien avec les partenaires (La Boussole, ONM)
- Recherche active de logement en bailleur privé par MAPASS en solution d'urgence
- Mme empêchée d'aboutir dans les demandes car trop envahie psychiquement (effondrement total) : hospitalisation en psychiatrie gérée par MAPASS + IDE Asalée – épuisement des professionnelles
- Questionnement sur un signalement et protection juridique

Bilan 2025 :

→ 2025 année du « nouveau souffle » centré sur 3 axes majeurs :

- L'organisation et l'efficience avec : l'informatisation des dossiers, la création de nouveaux outils de communication afin de transmettre les informations, l'optimisation du fonctionnement de l'équipe avec la mise en place de stratégies pour réduire les temps de trajet et la surcharge de travail
- L'analyse et la montée en compétences : participation à une première séance d'analyse de pratiques, la formation et l'obtention par Julie GRAVIER d'un Diplôme Universitaire « Santé/précarité » qui lui permet de transmettre une expertise théorique solide, la création et la diffusion de fiches spécifiques par Julie GRAVIER auprès des stagiaires, mise en place d'actions en milieu hospitalier avec des échanges avec les services sur des dossiers communs
- L'ancrage territorial : grâce à la reconnaissance et l'investissement sur le secteur de Gournay en Bray, la mise en place des partenariats

- ➔ Les défis et les constats avec les points de vigilance : la visibilité notamment au sein du CPSP et le renforcement de la sensibilisation auprès des équipes hospitalières de médecine aux spécificités de la précarité – la santé mentale avec l'appauvrissement de l'offre de soins sur le territoire

Perspectives 2026 :

- ➔ Visibilité et maillage territorial avec l'objectif d'atteindre les publics dits « invisibles » en renforçant la présence du service auprès des instances décisionnaires et des acteurs de proximité (intervention pour présenter nos missions auprès des communautés de communes, prospections auprès des territoires les moins couverts)
- ➔ Partenariats et continuité des soins afin d'éviter les ruptures de parcours en formalisant les échanges par des outils de liaison (création d'une fiche navettes spécifique à la communication au sein de l'hôpital), en créant de nouveaux partenariats (PEP76, ONM, Emergences, coordinateurs maison de santé, CMP, hôpitaux de jour, PMI, La Boussole) et formalisant par le biais de conventions
- ➔ Sensibilisation et transmission en positionnant la MAPASS comme un expert de la précarité pour transformer les pratiques du droit commun en proposant des temps de sensibilisation aux professionnels de santé sur la spécificité de la précarité dans le soin, en accueillant des stagiaires et des professionnels du centre hospitalier afin qu'ils découvrent nos missions, en organisant une journée de sensibilisation sur l'habitat dégradé ouverte à tous professionnels
- ➔ Optimisation des ressources et protection en demandant un renforcement de l'équipe par une augmentation du temps de travail de Julie GRAVIER et en sécurisant les données personnelles des patients avec l'audit et le conseil du Délégué à la Protection des Données

Questionnements et interventions :

- ➔ Présentation des appartements de coordination thérapeutique par Guillaume LEFEBVRE, chef de service et Anthony JUQUIN, coordinateur au sein de l'association La Boussole
- ➔ Concernant un conventionnement avec la MSA, intervention de Mme Tranchant pour expliquer qu'un travail est justement en cours pour mettre en place un partenariat
- ➔ Intervention de Mme Dubois, responsable de pôle de l'ONM pour indiquer le travail partenarial mis en place et le bon fonctionnement de ce dernier
- ➔ Questions :
 - Définition de la précarité : toute personne se trouvant en situation de détresse financière et/ou sociale
 - Trouve-t-on un public migrant sur notre territoire : non
 - Quel public concerne les 22 % de personnes sans ressources : tout public confondu
 - Concernant le cas concret de Mr Henry, questionnaire sur le fait d'aller à l'encontre des demandes de la personne en souhaitant qu'il quitte son domicile : travaillons toujours avec l'aval du patient, l'accompagnons pour du conseil mais questionnaire tout de même si mise en danger pouvant amener au décès
 - Concernant le cas concert de Mr Henry, questionnaire sur la mise en place d'un suivi avec une équipe mobile de psychiatrie : Mr pas prêt jusqu'à maintenant, travail en cours pour l'amener à prendre soin de sa santé mentale

Conclusion

- ➔ 2025 reste une année de profonde mutation
- ➔ Binôme formé par la coordinatrice et l'infirmière n'est pas qu'une addition de compétences mais une véritable complémentarité
- ➔ Notre conviction : pour accompagner un patient vers le soin, il faut d'abord l'aider à se (re)considérer comme un être humain à part entière, un accompagnement global aide à lever les freins à l'autonomie
- ➔ Rappel de l'importance de la solidarité entre professionnels
- ➔ Remerciements

GLOSSAIRE

COPIL – Comité de Pilotage

MAPASS – Mission d’Appui aux Permanences d’Accès aux soins de Santé

ACT – Appartement de Coordination Thérapeutique

FIR – Fond d’Intervention Régional

CPOM – Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens

CMS – Centre Médico Social

ARS – Agence Régional de Santé

DAC – Dispositif d’Appui à la Coordination

SISA – Société Interprofessionnelle des Soins Ambulatoires

CCAS – Centre Communal d’Action Sociale

VIF – Violence Intra Familial

MDAA – Maison de l’Autonomie et des Aidants

MSA – Mutualité Sociale Agricole

CPAM – Caisse Primaire d’Assurance Maladie

RCP – Réunion de Coordination Pluridisciplinaire

IPA – Infirmière en Pratiques Avancées

EMEDG – Equipe Mobile d’Evaluation Gériatrique à Domicile

CSS – Complémentaire Santé Solidaire

AAH – Allocation Adulte Handicapé

ASLL – Accompagnement Social Lié au Logement

PTS – Plateforme Territoriale de Services

SIAO – Service Intégré d’Accueil et d’Orientation

CPSP – Centre de Permanence de Soins de Proximité

CMP – Centre Médico Psychologique