INCLUSION SOCIALE

RECOMMANDATIONS
DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique et du Conseil scientifique de l'Anesm. Décembre 2015

Sommaire

Présentation générale 3

1. Le contexte et les enjeux 4

2. Le champ des recommandations 5

3. Les objectifs des recommandations 6

4. Les recommandations : mode d'emploi 6

CHAPITRE 1

PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DÈS LE PROJET D'ADMISSION 9

1. Organiser les conditions d'accueil 10

2. Informer des droits à la santé et des modalités d'articulation entre les professionnels du CHRS et ceux du secteur médical 15

3. Faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages 20

4. Repérer des signes révélateurs de mauvaise santé, de violence, d'addiction, de souffrance psychique, de handicap 22

L'essentiel 24

CHAPITRE 2

L'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ TOUT AU LONG DU PARCOURS 25

1. Valoriser l'image de soi et développer les situations de bien être et de participation 26

2. Intégrer dans le projet personnalisé des orientations en faveur de la santé 30

3. Organiser des actions de prévention et d'éducation adaptées aux problématiques rencontrées par les personnes accueillies 33

4. Partager avec les personnes accueillies les difficultés qu'elles rencontrent dans leurs démarches d'accès à la santé 36

5. Identifier les contextes les plus salutaires pour favoriser une stabilisation de la santé mentale 45

6. Développer les démarches de prévention des conduites addictives, de réduction des risques et des dommages liés aux addictions 53

L'essentiel 59

CHAPITRE 3

UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT INTÉGRANT LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ D'ACCÈS À LA SANTÉ 63

1. Définir la stratégie de promotion de la santé du CHRS 64

2. Construire les procédures nécessaires à la protection des personnes 69

3. Définir les besoins en compétences et/ou formations au sein de l'établissement et soutenir les professionnels 72

L'essentiel 76

ANNEXES

Annexe 1 : Éléments pour l'appropriation des recommandations 80

Annexe 2 : Glossaire 83

Annexe 3 : Élaboration des recommandations 85

Annexe 4 : Participants 86

Annexe 5 : L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) 88

Présentation générale

1 CONTEXTE ET ENJEUX

Lorsqu'ils abordent la santé des personnes accueillies, les professionnels[1] des centres d'hébergement diffus et collectifs[2] se questionnent sur le périmètre de leur intervention et des limites d'action qui s'imposent à eux au regard de leurs missions et de leurs moyens. Les trajectoires de vie des personnes accueillies témoignent d'un clivage « santé/social » qui structure les modes d'intervention et révèle une réalité institutionnelle plus qu'une réalité clinique, inhérente aux problématiques des personnes elles-mêmes. « Un constat que redouble la précarisation grandissante des populations, avec son cortège de nouveaux symptômes, d'apparition de problématiques psychiatriques jusque-là inédites au sein du secteur social, et qui fait littéralement voler en éclats les modèles qui servaient jusque-là de boussoles aux pratiques »[3].

Si l'on prend appui sur la définition de la signification du mot « santé » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme *« un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*[4] et que l'on considère les conditions indispensables à la santé décrites dans la Charte d'Ottawa : *« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »*[5], la promotion de la santé s'impose comme une composante de l'accompagnement social global.

L'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relative aux missions des centres d'hébergement et de réinsertion précisées par la circulaire n° 91/10 du 19 mai 1991[6] les définit comme une « réponse adaptée à chaque situation de détresse sociale, au-delà des seules modalités d'hébergement ». Son annexe 4, spécifique à « l'insertion par la santé » identifie la problématique des « prises en charge conjointes, à la fois médicales et sociales, en particulier en ce qui concerne l'alcoolisme, les troubles psychiques, la toxicomanie, le Sida » et celle de la nécessité de « maintenir dans son lieu de vie toute personne malade ».

Il s'agit alors de construire avec les personnes accueillies les démarches nécessaires pour leur bien-être en facilitant leur accès aux soins médicaux mais aussi en agissant de façon personnalisée sur l'ensemble des déterminants sociaux de santé[7] tels que les conditions de vie, le niveau de revenu, l'éducation ou encore l'environnement.

---

[1] Le terme « professionnel » est utilisé tout au long du document pour évoquer les professionnels salariés, fonctionnaires ou bénévoles intervenants au sein de l'établissement.

[2] « relevant de l'article L. 312-1 du CASF 8° » : Extrait de la lettre de cadrage validée les 10 et 12 mars 2015 par les instances de l'Anesm.

[3] Lenoir, J-L., Djedi-Desabres, A. Articulation sante-sociale – Penser des espaces de transitionnalité pour la rencontre des pratiques. Forum, 2015, n° 143, pp. 16-23.

[4] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

[5] OMS – La santé pour tous au 21e siècle. Série européenne de la santé pour tous. Santé 21, 1998, n° 5, 38 p.

[6] Circulaire non publiée.

[7] Desbiens F., Hyppolite S-R, *Comprendre et agir autrement – pour viser l'équité en santé dans la région de la capitale nationale,* Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale, 2012. 166 p.

Dans cette perspective, le constat doit être posé à savoir que les professionnels du secteur médical sont rarement présents au sein des centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Il convient d'organiser leurs interventions, en particulier lorsqu'il s'agit de prises en charge sanitaires lourdes (certains diabètes, hépatites, maladies psychiatriques, etc.).

L'ensemble des travaux relatifs à la santé des personnes en situation de précarité expose un double constat : celui d'un non-recours aux soins plus important (avec un gradient qui s'accentue avec la précarité[8]), et corrélativement celui de la détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe. La diminution des sécurités[9] semble donc augmenter les risques de dégradation de l'état de santé.

Les enjeux de ces recommandations portent alors sur :

- la prise en compte de la parole des personnes accueillies afin d'accompagner leur intérêt à engager des démarches de promotion de la santé et à co-construire ainsi un parcours de développement et/ou de maintien de la santé ;
- le respect par tous les professionnels sociaux ou médicaux des droits des personnes accueillies pouvant décider par elles-mêmes de prendre en charge leur santé et/ou de suivre des soins spécifiques. L'action portant sur la valorisation des potentialités des personnes est recherchée ;
- le choix d'orienter l'accompagnement sur tous les déterminants sociaux de la santé tels que le logement, l'emploi, les relations sociales, la famille en considérant que ces démarches permettront dans le temps une amélioration de la santé. L'action consiste néanmoins à construire les étayages sur lesquels la personne accueillie pourra s'appuyer alors même qu'elle aura quitté l'établissement social.

2 LE CHAMP DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations abordent la question de la prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies dans les centres d'hébergement relevant du statut de (CHRS)[10] en accueil collectif et diffus[11].

Les établissements et services tels que :

- des services d'accueil de jour ;
- des ateliers d'adaptation à la vie active ;
- des centres d'accueil pour demandeurs d'asile ;
- des centres d'hébergement d'urgence ;

[8] Sass, C., Moulin, J-J. Gueguen, R., et al. Le score des Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2006, n° 14.

[9] Sécurités pouvant trouver des solutions dans les domaines d'actions précisés par J. Wrezinski (1987) « que représentent le revenu, l'habitat, la santé, l'école, l'accès au métier et à l'emploi ».

[10] Centre d'hébergement et de réinsertion sociale selon l'article L. 312-1 du CASF 8°.

[11] Le sigle « CHRS » sera utilisé dans le reste du document pour parler de ces centres d'hébergement collectif ou diffus.

- des « CHRS Hors les murs » proposant un accompagnement au domicile de personnes ayant un logement autonome ;

Peuvent cependant s'inspirer des recommandations formulées.

Les partenaires des CHRS tels que les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), les médecins, les centres de prévention et d'examen de santé (CPES), les maisons des adolescents (MDA) et/ou les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ), les associations du planning familial, les services des urgences hospitalières, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les centres d'accueil de soin et d'orientation (CASO), les centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), les centres médico-psychologiques (CMP), les équipes mobiles psychiatries précarité (EMPP), les lits halte soins santé (LHSS) ou les lits d'accueil médicalisé (LAM), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), etc. peuvent valablement partager ces recommandations notamment dans le cadre de création et/ou de développement de partenariat.

3 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations intègrent la dimension de la santé dans le cadre du projet personnalisé par une démarche d'accompagnement global. Elles favorisent une approche participative visant l'autonomie des personnes.

La question de la santé renvoie alors à celle du positionnement des établissements sociaux et de leurs professionnels quant aux parcours d'accès à la santé des personnes accueillies.

Les recommandations donnent ainsi des ressources pour l'évaluation de la qualité concernant notamment :

- la mobilisation des personnes sur l'identification de leurs besoins en santé ;
- leur valorisation pour l'appropriation de leur santé ;
- le développement/maintien des partenariats entre professionnels du secteur médical et du secteur médico-social pour assurer la continuité des soins quel que soit le parcours des personnes ;
- l'organisation de l'établissement pour faire face aux problématiques de promotion de la santé.

4 LES RECOMMANDATIONS : MODE D'EMPLOI

Le document est construit de façon chronologique :

- **Chapitre 1** : La prise en compte de la santé dès le projet d'admission.
- **Chapitre 2** : L'accompagnement à la santé tout au long du parcours.
- **Chapitre 3** : Un projet d'établissement intégrant les actions d'accompagnement personnalisé d'accès à la santé.

Si les recommandations ont vocation à se lire d'une manière globale pour en saisir pleinement le sens, le document est également conçue pour permettre une lecture ciblée.

En complément des présentes recommandations, les professionnels peuvent s'appuyer sur d'autres recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm, et notamment :

- *Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (avril 2008) ;
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (juillet 2008) ;
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (décembre 2008) ;
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (décembre 2008) ;
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (décembre 2008) ;
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* (mai 2010)
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles* (mai 2012) ;
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile* (mai 2014) ;
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale* (novembre 2015) ;
- *L'évaluation interne pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2015).

Chaque chapitre comporte des recommandations génériques numérotées, déclinées ainsi :

- Les **enjeux et effets attendus** : qu'est-ce qui est en jeu ? Quels buts cherche-t-on à atteindre ?
- Les **recommandations pratiques** : quelles actions sont possibles pour atteindre ces buts ?
- Les **illustrations** sont destinées, d'une part à mettre en évidence certaines spécificités liées au public accompagné, d'autre part à mettre en partage quelques-unes des expériences développées localement. La vocation de ces illustrations est uniquement d'éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations. Si elles ne sont pas transférables en l'état à l'ensemble des CHRS, elles peuvent néanmoins inspirer des initiatives.
- Les **points de vigilance** attirent l'attention sur des problématiques importantes.
- Les **repères juridiques** rappellent certaines dispositions législatives et réglementaires.
- **L'essentiel** de ces recommandations est résumé à la fin de chaque chapitre.

Une synthèse de l'ensemble du document, ainsi qu'une bibliographie sont par ailleurs disponibles sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).

CHAPITRE 1

Prise en compte de la santé dès le projet d'admission

1 ORGANISER LES CONDITIONS D'ACCUEIL

Enjeux et effets attendus

Le processus d'accueil en CHRS est antérieur à l'entrée effective des personnes accueillies. Dans ce contexte, les professionnels de CHRS reçoivent les personnes accueillies à partir d'une première évaluation réalisée par les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).

- L'accueil est organisé afin de répondre aux besoins identifiés de la personne lors de l'évaluation réalisée par le SIAO.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LES MISSIONS DES SERVICES INTÉGRÉS D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

L'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que : *« Dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'État, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état.*

Ce dispositif fonctionne sans interruption et peut être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. Les établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 informent en temps réel de leurs places vacantes le représentant de l'État qui répartit en conséquence les personnes accueillies.

À la demande du représentant de l'État, cette régulation peut être assurée par un des établissements mentionnés à l'alinéa précédent, sous réserve de son accord. »

RECOMMANDATIONS

↘ Participer aux commissions du SIAO, lorsqu'elles existent, afin d'étudier collégialement les dossiers d'admission et d'informer ses membres des possibilités du CHRS d'offrir un accueil ajusté au regard du diagnostic partagé de la situation de la personne. Analyser la possibilité d'accueillir la personne sur la base d'éléments objectifs en questionnant notamment :

- la composition familiale ;
- la situation de handicap éventuel ;
- la nécessité de disposer d'une proximité de services spécialisés pour faire face à des besoins en santé ;
- le parcours d'hébergement/logement antérieur à la demande d'entrée en CHRS.

Étudier, le cas échéant, toutes les solutions alternatives offrant une meilleure qualité d'accompagnement ou l'ensemble des services à saisir préalablement ou simultanément à l'accueil de la personne.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LE SECRET PROFESSIONNEL EN CHRS

Depuis la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes : *« les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Par dérogation au même article 226-13, ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision »* (art. L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles).

- Prendre connaissance au plus tôt des préconisations transmises par le SIAO afin d'organiser l'accueil de la personne et de sa famille le cas échéant. Apprécier les besoins sur le plan :
  - matériel (chambre/appartement adapté(e) à la taille et aux caractéristiques de santé) ;
  - des ressources humaines (travailleur social référent) ;
  - et des partenariats (infirmier coordonnateur, centre spécialisé, service hospitalier spécifique, service pénitentiaire d'insertion et de probation, etc.).
- Échanger avec les personnes, dès les premiers entretiens, de l'existence d'une maladie chronique[12] demandant une adaptation des conditions d'accueil. Étudier avec celles qui ont un traitement régulier des modalités de soutien dont elles ou leur enfant ont besoin. S'informer auprès d'elles de l'existence d'un protocole de soins, mis en place par le médecin traitant ou le médecin spécialiste. Identifier avec elles les éléments à prendre en compte dans l'organisation quotidienne (hygiène de vie particulière, prescription d'un traitement particulier, intervention d'un personnel infirmier au sein de l'établissement (SSIAD)[13], hospitalisation ambulatoire régulière, aménagement de leur futur emploi/formation, de leur vie familiale, de leurs transports, etc.). Apprécier avec elles le risque éventuel de rupture de soins et prévoir la prise de contact éventuelle avec les nouveaux interlocuteurs. Adapter l'accompagnement social en fonction de ces éléments.
- Étudier de manière pluridisciplinaire (direction, encadrement intermédiaire, psychologue, éducateur, assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, personnel soignant, etc.) et avec la personne les conditions particulières de son séjour. Évaluer ainsi la capacité de l'établissement à répondre à ses besoins et attentes. Faire part de cette réflexion aux personnels du SIAO et aux professionnels de santé identifiés le cas échéant dans la prise en charge de la personne.

[12] Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années.

[13] Service de soins infirmiers à domicile.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LES SOINS SOUS CONTRAINTES

Les soins sous contrainte apportent une obligation à entreprendre des démarches de soins. Les soins imposés concernent la majorité des condamnations pour crimes et délits. Il en existe trois types :

L'obligation de soins permet au juge, notamment dans les situations de contrôle judiciaire (art. 138-10° du Code de procédure pénale) ou de sursis avec mise à l'épreuve (article 132-45 du Code pénal), d'imposer à un condamné une ou des mesures d'examen médical ou de soins.

L'obligation de soins n'est pas liée à un délit particulier. La concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé est à l'initiative des acteurs de terrains. L'expertise médicale préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer. Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge d'application des peines (JAP) à tout moment de la mise en œuvre de la mesure.

L'obligation de soins est une obligation qui pèse sur la personne. Le non-respect de son obligation de soins ne constitue pas une infraction susceptible de sanction sauf dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire.

Elle peut être une modalité du contrôle judiciaire et consister en une **injonction thérapeutique** telle que prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique pour les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. La mise en œuvre de l'injonction thérapeutique fait appel à l'intervention d'un médecin habilité en qualité de médecin relais qui fait connaître à l'autorité judiciaire son avis motivé sur l'opportunité médicale de la mesure. Il contrôle l'exécution de la mesure et rend compte à l'autorité judiciaire. Si le condamné n'y répond pas, le sursis peut être levé.

L'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Elle fait intervenir le médecin coordonnateur en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du code de la santé publique.

Ce médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge d'application des peines. À ce titre, il invite la personne à faire le choix d'un médecin traitant ou/et d'un psychologue traitant.

Dans les situations où la personne suivie est mineure ou est un majeur protégé, le choix du praticien traitant est fait dans les mêmes conditions par l'administrateur légal ou le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

Le médecin coordonnateur peut refuser d'avaliser le choix d'un médecin ou d'un psychologue traitant par la personne condamnée dans la mesure où le médecin ou le psychologue traitant n'est pas, à son sens, en mesure de conduire la prise en charge de cette personne.

L'article L. 3711-3 du code de la santé publique prévoit que le médecin ou psychologue traitant peut informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement par la personne condamnée, sans que le respect du secret médical puisse lui être opposé. Il doit dans ce cas informer aussi le médecin coordonnateur. En cas de difficultés liées au suivi de ce traitement, le médecin ou psychologue traitant peut en faire part au médecin coordonnateur, qui peut choisir d'avertir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.

En cas d'inobservation des mesures de surveillance, des obligations, des mesures d'assistance ou de l'injonction de soins, le juge d'application des peines peut, d'office ou sur réquisitions du procureur de la République, ordonner, par décision motivée, la mise à exécution partielle ou totale de l'emprisonnement fixé par la juridiction de jugement, par une décision immédiatement exécutoire.

Du côté des soignants comme des membres des services pénitentiaire d'insertion et de probation, la mise en place de groupes de parole, comme de toute modalité de suivi, implique de prendre connaissance des pratiques professionnelles sur le plan local afin de construire de manière pluridisciplinaire, en collaboration entre les différents acteurs, le parcours d'exécution des peines. Dans l'intérêt du justiciable et de la qualité du suivi, il est important que les professionnels puissent se rencontrer, s'informer mutuellement de leurs pratiques et se concerter dans l'élaboration, la participation au projet d'exécution des peines et dans son suivi et son évolution, notamment en milieu ouvert.

Au vu des informations reçues, le personnel d'insertion et de probation peut évaluer le degré d'adhésion de la personne à la thérapie et il en rend compte aux autorités judiciaires, à leur demande ou chaque fois qu'il l'estime nécessaire. Il aide également le condamné dans son insertion sociale et professionnelle.[14]

- Construire avec la personne les hypothèses d'accompagnement les plus ajustées à ses attentes : maintien en hébergement et convention de partenariat pour la continuité des soins, entrée en établissement de soin, réorientation provisoire, centre maternel, entrée en maison relais avec un service de soins, appartement de coordination thérapeutique, etc.
- Expliquer à la personne accueillie les raisons amenant au report ou au refus de l'admission dans les situations où les conditions d'accueil au sein du CHRS ne seraient pas réunies pour mener un accompagnement de qualité – adapter cette information sous la forme la plus appropriée.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LA DÉCISION D'ACCUEILLIR UNE PERSONNE EN CHRS

L'article R. 345-4 du code de l'action sociale et des familles stipule que « *la décision d'accueillir, à sa demande, une personne ou une famille est prononcée par le responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale désigné à l'administration. La décision tient compte de la capacité du centre, des catégories de personnes qu'il est habilité à recevoir ainsi que des activités d'insertion qu'il est habilité à mettre en œuvre et qui sont mentionnées dans la convention citée à l'article R. 345-1. Elle est prise pour une durée déterminée, après évaluation de la situation de la personne ou de la famille. La situation de la personne et de la famille accueillie fait l'objet d'un bilan au moins tous les six mois.*

La décision d'accueil mentionnée au premier alinéa est transmise sans délai au préfet, accompagnée de la demande d'admission à l'aide sociale signée par l'intéressé et des documents qui la justifient. En l'absence de réponse dans le mois qui suit la réception, la demande est réputée acceptée.

[14] Ministère de la santé et des sports, Ministère de la Justice. *Guide de l'injonction de soin.* Paris : Ministère de la santé et des sports, Ministère de la Justice, 2009. 67 p.

Au plus tard un mois avant l'expiration de la période d'accueil, le responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale peut demander au préfet la prolongation de l'admission à l'aide sociale. Cette demande, qui doit être motivée, est réputée acceptée en l'absence de réponse dans le mois qui suit sa réception.

La décision de refus d'accueil, prononcée par le responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, est notifiée à l'intéressé sous la forme la plus appropriée. Cette décision doit être expressément motivée.

La participation aux actions d'adaptation à la vie active mentionnées à l'article R. 345-3 ne peut excéder une durée de six mois, sauf accord du préfet pour une même durée de six mois renouvelable.

Le centre d'hébergement et de réinsertion sociale ***fournit sans délai*** *son appui aux personnes accueillies pour l'établissement de leurs droits sociaux, en particulier en matière de ressources et de* ***couverture médicale****. ».*

Les refus d'admission doivent être justifiés de manière circonstanciée, objective et non discriminatoire.

En effet, l'article 225-1 du Code pénal précise que constitue *« une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ».*

Procurer dès l'accueil des informations de première nécessité

- Prévoir un accueil bienveillant :
  - en garantissant les premiers contacts dans une langue comprise par la personne ;
  - en installant la personne au plus tôt dans son espace de vie (chambre/appartement) au sein du CHRS ;
  - en adaptant le kit d'accueil relatif à l'hygiène en fonction de la composition familiale (personne isolée ou famille, âge des enfants, homme ou femme…) ;
  - en organisant les rôles de chacun dans cet accueil et notamment entre le responsable de la structure et le référent de l'accueil ;
  - en présentant l'équipe du CHRS sur laquelle la personne accueillie pourra s'appuyer durant son séjour ;
  - en intégrant dans les modalités d'organisation du travail des professionnels l'accueil des nouveaux arrivants et la réponse à leurs questions ;
  - en facilitant les relations avec les autres résidents.

- Présenter l'organisation des locaux en précisant systématiquement les règles de respect à y tenir : les lieux de repos (calme et intimité), les lieux de préparation culinaire (propre et organisé/gestion du (des) réfrigérateur(s)), les lieux de restauration (convivialité et propreté), les sanitaires (moyens disponibles pour une hygiène des mains, entretien régulier et nettoyage à chaque passage)[15]. Sur chacun, des lieux collectifs tels que les cuisines, buanderies et sanitaires, mettre à disposition et expliquer les modalités d'utilisation des lieux (ustensiles, machines à laver…). Ces modes d'utilisation sont ajustés afin qu'ils soient accessibles à tous. L'élaboration et la mise à jour de ces documents ou les modalités d'utilisation de ces lieux sont élaborées avec les personnes accueillies.
- Proposer aux personnes accueillies de rencontrer les associations pouvant proposer des vêtements gratuitement notamment lorsque le professionnel constate les bagages avec lesquels la personne se déplace. Le cas échéant, étudier en réunion d'équipe la possibilité d'octroyer une aide financière exceptionnelle afin que la personne puisse s'acheter des vêtements.

2 INFORMER DES DROITS À LA SANTÉ ET DES MODALITÉS D'ARTICULATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DU CHRS ET CEUX DU SECTEUR MÉDICAL

Enjeux et effets attendus

La mobilité géographique due aux parcours antérieurs des personnes accueillies demande souvent une actualisation des droits à la protection sociale et une prise de contact avec le réseau de santé local : identification du médecin traitant, notamment.

Par ailleurs la complexité du système de santé peut conduire les personnes à retarder la prise de contact avec les professionnels de santé et recourir en dernier lieu aux urgences lorsque leur situation de santé est fortement dégradée.

Ainsi, la mobilisation des personnes sur la prise en charge de leur santé passe par une inscription administrative aux droits à la santé et par une meilleure connaissance des acteurs de santé, de leur rôle et de leurs articulations.

- La personne accède ou recouvre ses droits à l'assurance maladie[16] et comprend les rôles respectifs des différents professionnels dans le système de santé français (parcours de soin, médecin traitant, personne de confiance).
- La personne comprend la place qu'elle occupe dans son parcours de soin et identifie les interlocuteurs sur lesquels elle peut s'appuyer.

[15] Annexe 1 de la circulaire n° DGCS/1A//2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion, p. 24.

[16] Le taux de non-recours à la CMU est estimé à 20 % et celui de l'ACS entre 60 % et 75 %, expliqué essentiellement par la complexité des démarches et l'incertitude des personnes quant à leur éligibilité. Le problème déterminant pour l'ACS est celui de la non-demande (Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, travaux préparatoires pour la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.* 2012. (Document électronique). p. 39).

RECOMMANDATIONS

- Informer la personne accueillie en fonction des besoins que nécessite sa situation personnelle[17] et notamment :
  - sur la protection sociale, et les différents professionnels de santé auxquels elle peut recourir dans un objectif de continuité des soins (rôle du médecin traitant et de la personne de confiance, le secret médical, les visites périnatales…) ;
  - des dispositifs : couverture maladie de base et couverture maladie universelle (CMU), aide médicale d'état (AME), couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), aide à la complémentaire santé (ACS), les complémentaires de santé, les affections longue durée (ALD).
- Présenter la documentation pérenne et mise à jour et laisser à la personne le temps d'appropriation de l'information. Se rendre disponible pour d'éventuelles questions complémentaires.

REPÈRES JURIDIQUES CONCERNANT LA PERSONNE DE CONFIANCE

Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'article L. 1111-6 du code de la santé publique énonce que « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.*

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

Ainsi, les personnes sous tutelles ne sont donc pas habilitées à désigner une personne de confiance.

La qualité de personne de confiance présuppose, par définition, l'existence de liens avec le patient. Sauf démonstration de tels liens, elle s'accorde mal avec la désignation d'un tiers – hors famille, proches et médecin traitant – en qualité de personne de confiance. Un membre de l'établissement peut se voir désigner en qualité de personne de confiance s'il peut justifier de liens d'une telle nature avec l'usager.

- Évoquer avec la personne la possibilité de désigner un médecin traitant auprès de la CPAM. Expliquer les modalités de remboursement des frais de santé dans la situation où un médecin traitant est choisi et dans le cas inverse où la prise en charge des frais est minorée. Définir son rôle essentiel dans le parcours de soins.

[17] Plaquettes, livrets de santé bilingues édités par le Comede, la DGS et l'Inpes sont disponibles gratuitement sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/934.pdf (accédé le 21/10/2015).

POINT DE VIGILANCE

Il convient de s'assurer que la décision de la personne accueillie d'accepter de consulter un médecin et de suivre les soins prescrits est vécue comme une nécessité personnelle et non comme une obligation de se soigner qui conditionnerait la poursuite de son accompagnement au sein du CHRS.

↘ Évoquer avec la personne accueillie les principes du secret médical et du secret professionnel qui organisent les relations entre elle, les professionnels du CHRS, les soignants et, le cas échéant, la personne en charge d'une mesure de protection ou la personne de confiance.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LE PARTAGE DES INFORMATIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DES CHRS ET LES PERSONNELS SOIGNANTS

Le secret professionnel des personnels de CHRS

Depuis la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes : *« les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Par dérogation au même article 226-13, ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision »* (art. L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles).

Le secret professionnel/médical des professionnels de santé

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique garantit à toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations les concernant.

Cette obligation s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tout professionnel intervenant dans le système de santé et couvre toutes les informations dont ont eu à connaître ces professionnels à l'occasion de l'exercice de leur profession, qu'elles soient ou non directement communiquées par le patient.

Certaines professions (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) sont également tenues au secret professionnel/médical en vertu des textes spécifiques (articles R. 4127-4 ; L. 4313-3 ; R. 4312-4 ; R. 4127-303 ; R. 4235-5 du code de la santé publique).

La nature du secret professionnel

Le secret professionnel (médical dans certains cas) constitue non seulement un droit pour la personne accueillie (et/ou le patient) mais également un devoir pour les professionnels de santé qui y sont tenus.

Toute violation non autorisée expose son auteur à des sanctions pénales (articles 226-13 du Code pénal).

Le secret professionnel s'oppose donc à toute divulgation aux tiers en dehors des hypothèses de partage d'informations rendues obligatoires ou autorisées par la loi.

Le partage d'information entre professionnels de santé

Le code de la santé publique organise le partage d'informations entre professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient.

Ainsi, énonce-t-il :

- d'une part que les professionnels de santé peuvent échanger entre eux des informations relatives à un patient afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible et à la condition que la personne ait été dûment avertie de ce partage et qu'elle ne s'y soit pas opposée ;
- d'autre part que lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, alors les informations la concernant sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe de soins ;
- et enfin, que la personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Le partage d'information entre personnel des CHRS et professionnels de santé extérieurs

L'article L. 345-1 du CASF autorise le partage d'informations entre professionnels du CHRS mais le subordonne à la condition que les informations échangées soient strictement nécessaires à la prise de décision.

En revanche aucune disposition n'autorise le partage d'informations entre les professionnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les intervenants extérieurs, quand bien même ceux-ci seraient également astreints au secret professionnel. Ainsi, le partage d'informations entre le personnel des CHRS et les professionnels de santé extérieurs intervenant dans la prise en charge n'est prévu par aucun texte.

- Inviter la personne à identifier un médecin traitant sur le territoire. Si le choix est déjà fait, faciliter l'accès à celui-ci. Dans les deux cas et si la situation le justifie, proposer à la personne de l'accompagner lors de consultation.
- S'assurer pour et avec la personne que les conditions administratives de l'accès aux droits aux soins sont réunies via :
  - la vérification auprès des caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA) de la validité de l'accès aux droits ;
  - l'instruction du dossier permettant l'ouverture ou l'actualisation des droits CMU, CMU-c, AME, etc.
- Étudier le cas échéant avec la personne les raisons pouvant justifier qu'une démarche engagée auprès des organismes d'assurance maladie (CPAM/MSA) n'a pas abouti. Reprendre l'historique de la démarche, s'assurer de l'envoi des justificatifs éventuellement demandés. Si le professionnel identifie une durée de réception des documents anormalement longue ou une incompréhension entre les interlocuteurs : proposer à la personne d'intervenir en soutien auprès des partenaires concernés[18].

[18] Anesm : *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles*, Saint-Denis : Anesm, 2012.

- Rencontrer les services de l'assurance maladie (CPAM/MSA) pour présenter les demandes qui peuvent émaner des personnes accueillies au CHRS (dossier d'autres régions, dossier non complets…) et mettre en place des procédures permettant d'accélérer les ouvertures de droits (accueil d'une permanence au sein de l'établissement, point régulier avec l'assistant de service social, etc.).
- Intégrer dans le dossier personnalisé les informations qui permettent une prise en compte minimale de la situation sociale pouvant impacter l'accès à la santé : le sexe, la date de naissance, le nombre d'enfants à charge, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, le type de couverture sociale, les ressources, les capacités de compréhension du langage écrit et oral, l'existence d'un mandat de protection juridique des majeurs[19].

  Ces informations peuvent être collectées à l'occasion des premiers accueils. Certaines doivent être mises à jour périodiquement lors du suivi du projet personnalisé. Dans tous les cas, la personne est informée de ces indications mentionnées dans son dossier et de la liberté qu'elle a de les faire supprimer.
- Spécifier les missions des professionnels de l'établissement en matière d'accompagnement à la santé et notamment les modalités d'articulation avec les professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien) et les professionnels des organismes sociaux (CPAM, MSA, Complémentaires santé). Énoncer clairement la place réservée à la participation effective des personnes accueillies dans les échanges entre ces différents acteurs.
- Préciser aux personnes accueillies, le rôle d'accompagnement du CHRS dans les démarches d'accès à la santé (mise en place de permanences, organisation de transports, etc.) en le distinguant des acteurs médicaux et médico-sociaux (soins, conseils thérapeutiques, etc.). Sensibiliser à l'apport d'une prise en charge conjointe notamment sur des problèmes importants de santé[20].

POINT DE VIGILANCE

Le travail en réseau est à présenter aux personnes accueillies comme une modalité permettant une prise en charge globale de leur personne et un meilleur accès aux soins.

[19] INPES, *Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale,* Saint-Denis : Inpes, 2014. Coll. Repères pour votre pratique.

[20] Annexe IV : L'insertion par la santé - de la circulaire n° 91/19 du 14 mai 1991 relative aux missions des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

3 FACILITER L'ORGANISATION DES BILANS MÉDICAUX ET DES DÉPISTAGES

Enjeux et effets attendus

Principalement préoccupées à résoudre les problèmes du quotidien (paiement de facture, alimentation des enfants, résolution de problèmes relatifs à l'emploi, à la scolarisation, etc.), certaines personnes font passer au second plan leurs éventuels besoins en santé[21].

L'accueil en établissement, pour la personne accueillie et sa famille, peut être le moment où, les problèmes premiers de sécurité, d'hébergement et d'alimentation étant assurés, la santé peut devenir une préoccupation prioritaire[22].

Le professionnel du CHRS peut alors accompagner la personne accueillie en l'aidant à mieux comprendre ce qui détermine la bonne santé. Il peut adopter une attitude proactive en proposant des actions facilitant l'appropriation par la personne de sa santé et en l'orientant vers des acteurs développant des actions de prévention et de soins.

- La personne accueillie a connaissance des deux axes lui permettant de poser un diagnostic de sa santé : bilan et dépistage.
- La personne connaît les vaccinations comme outil de prévention primaire préservant la santé.

RECOMMANDATIONS

- ↘ Proposer à la personne accueillie une vérification avec son médecin traitant de la validité de ses vaccinations selon le calendrier vaccinal, particulièrement pour les enfants. Encourager la personne à le questionner sur les objectifs des vaccinations et leur utilité afin qu'elle puisse juger de l'intérêt à se faire ou non vacciner[23].
- ↘ Offrir la possibilité de réaliser un bilan de santé avec le centre d'examen de santé[24]. Inviter un représentant de ce centre à présenter le déroulement d'un bilan et proposer aux personnes l'ayant déjà réalisé d'exprimer les avantages et désavantages qu'elles ont pu y trouver. Rassurer les personnes quant aux renseignements préalables à communiquer et au caractère volontaire de la démarche.

[21] Études sur lesquelles le Conseil de l'Europe s'est basé pour rédiger son rapport : Lorrain J.-L., *L'égalité d'accès aux soins de santé,* Rapport n° 13225 de la commission des questions sociales, de la santé et du développement durable. (Document électronique) juin 2013. 13 p.

[22] Delors, J., Cerc. *Les enfants pauvres en France.* Paris : La documentation française, 2004. 151 p.

[23] L'information est accessible sur : http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html (accédé le 21/10/2015).

[24] Sass C., Chatain C., Rohmer J-F. et al., Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie, *Pratiques et Organisation des soins* 2011, vol. 42, n° 2, pp. 79-87.

- Présenter les objectifs et les modalités d'accès aux centres de prévention[25]. La personne accueillie peut recevoir une information ciblée en fonction de sa situation et se voir proposer un accompagnement physique le cas échéant. Elle peut également consulter de façon autonome les informations qui sont à sa disposition (dépliants, affiches, vidéo, etc.) et notamment celles concernant :
  - le dispositif de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfant avec la protection maternelle et infantile (PMI)[26] qui est un service départemental chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans ;
  - le centre de planification ou d'éducation familiale qui assure des consultations de contraception, des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse et des entretiens relatifs à la régulation des naissances dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse. Il organise en outre des séances de préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, et des entretiens de conseil conjugal. Il peut réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par mode médicamenteux (jusqu'à 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée) ;
  - le centre de prévention et d'examen de santé de la CPAM ou tout autre centre d'examen de santé du territoire qui propose, selon les situations, des bilans de santé, des ateliers thématiques (équilibre alimentaire), des accompagnements spécifiques (pathologie cardio vasculaire, diabète, etc.) ;
  - le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD ex- CDAG et CIDDIST) qui offre la possibilité d'accéder à des consultations médicales de façon anonyme et gratuite mais aussi à des espaces d'accueil, d'information d'écoute et d'orientation où la présence d'interprètes est prévue[27] ;
  - le centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) qui est un lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative notamment pour les enfants prématurés, à risques neurologiques, etc. Il propose de la rééducation pour les enfants présentant des handicaps moteurs, sensoriels, mentaux, psychiques etc.

[25] Une liste des centres de prévention et de vaccination est consultable sur le guide pratique : Comède *Prise en charge médico-sociale Le Kremlin-Bicêtre : Comède, 2008.* pp. 317-324.

[26] Bellas-Cabane C., La place des PMI dans le dispositif de soin, *Enfances & Psy,* 2008, n° 40, pp. 35-42.

[27] L'article 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (LFSS 2015) procède, à compter du 1er janvier 2016, à la création d'une nouvelle structure dénommée centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), en lieu et place des actuels consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Le décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles précise l'habilitation, le fonctionnement et le financement de ces centres.

4 REPÉRER DES SIGNES RÉVÉLATEURS DE MAUVAISE SANTÉ, DE VIOLENCE, D'ADDICTION, DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE, DE HANDICAP

Enjeux et effets attendus

La santé des populations s'altère avec l'accentuation de la précarité[28]. Aussi, les professionnels peuvent se sentir démunis lors de l'accueil de personnes cumulant parfois plusieurs pathologies. Néanmoins, leurs actions et leurs accompagnements contribuent à lutter contre le non-recours aux soins et à l'accès à la santé des personnes accueillies.

- Le professionnel du CHRS aide la personne accueillie à repérer les difficultés qui peuvent influencer son état de santé, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de soin et pour rechercher, avec elle, les moyens de les surmonter.

RECOMMANDATIONS

↘ En fonction du vécu de la personne accueillie, organiser des échanges avec elle sur les effets de certains événements sur la santé telle que :

- le coût des soins médicaux et la couverture maladie ;
- l'impact de la vie à la rue sur la possibilité de prendre soin de soi et les conséquences sur sa santé ;
- les effets de violence ou de maltraitance sur l'image de soi et la prise en compte de son bien-être ;
- l'intérêt et le désavantage de l'isolement relationnel sur son parcours de vie ;
- la crainte des dépistages (cancer, VIH, VHC, diabète etc.) et l'intérêt pour la prise en charge précoce des soins ;
- l'exil et les violences ou traumatismes qu'il a pu provoquer.

↘ Recenser les remarques des personnels de nuit sur la qualité du sommeil des personnes accueillies (appel des urgences, déambulation, insomnies, besoin de nourriture etc.) et les reprendre en réunion d'équipe afin que les professionnels chargés de l'accompagnement puissent évoquer avec la personne son besoin éventuel de soins.

↘ Engager un échange avec la personne accueillie pour que le professionnel s'interroge sur des signes de mauvaise santé qu'il a pu identifier (difficulté pour se déplacer, fièvre, maux de tête, agitation, éruption cutanée, insomnies, etc.)[29]. Apprécier le degré d'urgence de la situation :

[28] Rochere (de la) B., La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, *Insee Première*, 2003, N° 893, 4 p. -Moulin, J-J., Dauphinot, V., Dupre, C., et al., Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2005, n° 43.

[29] Un intérêt est porté sur les signes des maladies qui ont une prévalence plus importante chez les personnes en précarité sociale, notamment : l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète et certains déficits vitaminiques. Les troubles du sommeil sont plus fréquemment déclarés avec des retentissements sur la journée qui suit. (étude Abena 2011-2012). L'état de santé bucco-dentaire est plus mauvais que pour l'ensemble de la population et ce dès l'enfance avec un recours moindre aux spécialistes dont les dentistes. (IRDES n° 179 sept. 2012 et rapport DREES fev. 2015 L'état de santé de la population en France). Enfin, une prévalence est notée pour les dépressions, les troubles psychotiques chez les personnes bénéficiaires de la CMU-c. (rapport DREES fev. 2015 L'état de santé de la population en France).

- en contactant le centre de réception et de régulation, des appels d'urgences médicales (115), le cas échéant et en suivant la procédure d'urgence en vigueur dans l'établissement ;
- en invitant la personne à prendre contact le plus rapidement possible avec son médecin ;
- en proposant à la personne de solliciter le spécialiste qui la suit habituellement (diabétologue, psychiatre, addictologue, cardiologue, etc.).

↘ Identifier si la personne accueillie ou l'un des membres de sa famille est en train de vivre des moments clés de sa construction identitaire : grandir et se développer (enfant), se projeter dans l'avenir et s'émanciper de ses parents (jeunes adultes), développer des liens affectifs et construire une famille (parent), vieillir ; et ce afin de mener des questionnements appropriés[30] et réorienter si nécessaire vers des partenaires pour des approches spécifiques.

POINT DE VIGILANCE

L'évocation de la santé des proches comme vecteur de prise en compte de sa propre santé peut renvoyer également à des situations douloureuses. L'échange préalable en équipe autour de la situation familiale de la personne peut être un préalable avant d'engager une discussion avec la personne sur son environnement familial. Il ne garantit cependant pas totalement ce possible écueil.

↘ Conseiller aux parents de consulter leur médecin afin de lui signaler des problèmes liés à l'évolution de leur enfant (développement atypique, difficultés d'apprentissage scolaire, etc.) pouvant être la conséquence de problèmes de santé tels que des déficiences sensorielles, de l'anxiété, des troubles du comportement, etc.[31]. À défaut de médecin traitant, informer les parents du rôle et des missions des dispositifs de santé concernant la petite enfance (la médecine scolaire, la PMI, la PASS pédiatrique, le Camsp, etc.). Les accompagner le cas échéant dans la démarche de reconnaissance d'un handicap[32].

[30] Anesm. *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des publics accueillis en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*. Saint-Denis : Anesm, 2015.

[31] Halfon N., Life Course Health Development : A New Approach for Addressing Upstream Determinants of Health and Spending, *Expert Voices,* 2009, 2 p.

[32] Anesm, *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des publics accueillis en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).* Saint-Denis : Anesm, 2015. p. 66.

L'essentiel

ORGANISER LES CONDITIONS D'ACCUEIL

- Les conditions d'accueil s'ajustent en fonction de l'évaluation réalisée par le SIAO.
- Confirmer avec la personne accueillie de la qualité des ajustements mis en œuvre. Envisager de nouvelles adaptations si nécessaire.
- S'assurer d'une installation sereine au sein de l'établissement (matériel à disposition, compréhension des services proposés, connaissance des acteurs présents dans l'environnement).

INFORMER DES DROITS À LA SANTÉ ET DES MODALITÉS D'ARTICULATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DU CHRS ET CEUX DU SECTEUR MÉDICAL

- Vérifier avec la personne la mise en œuvre du triptyque essentiel à l'accès aux soins : la couverture maladie, la désignation d'un médecin traitant et le cas échéant la désignation d'une personne de confiance.
- Affirmer la place centrale de la personne accueillie dans la prise en charge de sa santé. Évoquer avec elle l'articulation entre les acteurs sociaux et médicaux ainsi que la législation relative au secret des informations médicales et celles transmises dans le cadre de l'accompagnement réalisé au sein du CHRS.

FACILITER L'ORGANISATION DES BILANS MÉDICAUX ET DES DÉPISTAGES

- Proposer à la personne de faire un point sur ses besoins en santé.
- Informer la personne des lieux de prévention et de réalisation de bilans médicaux.
- Accompagner à la demande de la personne les démarches relatives à la prévention et au dépistage.

REPÉRER DES SIGNES RÉVÉLATEURS DE MAUVAISE SANTÉ, DE VIOLENCE, D'ADDICTION, DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE, DE HANDICAP

- Échanger avec la personne sur les événements marquants auxquels elle doit faire face et apprécier avec elle comment ils impactent sa santé.
- Engager une régulation médicale dans les situations où des signes de mauvaise santé ont été constatés.
- Apporter une vigilance particulière sur la prise en compte par les parents de l'évolution de leur enfant. Les inviter à rencontrer les acteurs médicaux dans un objectif de prévention et/ou de soins.

CHAPITRE 2

L'accompagnement à la santé tout au long du parcours

La personne accueillie est co-auteur de son parcours d'accès à la santé. Sa parole fait l'objet d'une compréhension adaptée et les préférences qu'elle manifeste sont entendues et comprises. Si parfois l'appréhension que la personne accueillie a de sa propre situation peut aller à l'encontre de la représentation que les professionnels s'en font, ces derniers recherchent les solutions qui prennent le mieux en compte ses aspirations.

L'accompagnement est destiné à accroître le pouvoir d'action de la personne accueillie notamment dans les situations où elle manque de confiance en elle-même. Les professionnels entreprennent alors un travail sur l'estime de soi et accompagnent la personne accueillie dans « l'élaboration d'une image et d'une description d'elle-même valorisante, car celles-ci vont de pair avec la mise en œuvre d'une réelle autonomie dans la vie quotidienne. Cette démarche peut être construite à la faveur d'échanges avec l'usager, ou d'activités spécifiques, notamment. »[33]

1 VALORISER L'IMAGE DE SOI ET DÉVELOPPER LES SITUATIONS DE BIEN ÊTRE ET DE PARTICIPATION

Enjeux et effets attendus

L'image de soi comme construction de soi dans la relation à l'autre[34] s'appuie autant sur la perception de soi que sur l'image qu'autrui renvoie. Le double mouvement par lequel la personne s'approprie subjectivement le monde qui l'entoure et en même temps agit de manière personnelle et efficace construit son image.

C'est ainsi, que des auteurs[35] montrent l'influence de l'un sur l'autre : « *Si la santé influence la probabilité d'obtenir un emploi, l'absence d'emploi influe sur la santé et les chômeurs sont aussi en première ligne face à la maladie, confirmant l'influence de facteurs psychosociaux comme l'estime de soi* ».

La présentation de soi[36], l'intégration dans un groupe valorisé[37] et la participation collective sont autant de leviers qui permettent à la personne de se prendre en charge au niveau de sa santé et de son insertion sociale[38].

[33] Anesm, *Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre,* Saint-Denis : Anesm, 2008. p. 19.

[34] Mead, G.H. *Self, Mind and Society: From the standpoint of a social behaviorist* . Chicago: University of Chicago Press, 1934.

[35] Jusot F., Khlat M., Rochereau T., et al., « Un mauvais état de santé accroît fortement les risques de devenir chômeur ou inactif », *Question d'économie de la santé,* 2007, n° 125.

[36] Dequiré AF, Le corps des sans domicile fixe – de la désinsertion sociale à la disqualification corporelle, . Recherche et éducation. Santé et éducation, 2010, n° 3, pp. 261-286.

[37] Turner, J.-C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., et al. Rediscovering the social group: a self categorization theory. American Journal of Sociology, 1989, vol. 94, n° 6.

[38] « nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social » (Herzlich, 2001, p. 198 - Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. Em F. Buschini & N. Kalampalikis (Orgs.), Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici (pp. 189-200). Paris : Éditions de la MSH).

Il apparaît, avec une grande constance, dans les études nationales et internationales[39] que les stratégies visant l'empowerment produisent des résultats aux niveaux psychologique[40], organisationnel et collectif[41] et ont un impact en terme de santé. À la lumière de ces données probantes, les stratégies d'empowerment sont prometteuses pour le travail avec les populations en situation de précarité sociale[42].

L'empowerment est ici défini comme le développement du pouvoir (moyen d'accès aux ressources individuelles et collectives) d'agir (réalisation d'un changement concret par rapport à un objectif spécifique)[43]. En ce sens, l'empowerment implique la prise en compte à la fois du sens donné par la personne elle-même au changement qu'elle envisage, la reconnaissance de son statut d'acteur du changement et l'impact de ce processus sur elle-même et son environnement.

- Les personnes accueillies prennent en charge leur santé et toutes les actions nécessaires à leur bien-être (prendre soin de soi, s'ouvrir aux autres, découvrir un loisir, etc.).
- Les personnes accueillies s'impliquent dans l'animation et dans le fonctionnement des instances de participation (CVS ou autre). Elles contribuent aux débats locaux, en particulier en vue de construire des solutions d'accès à la santé.

RECOMMANDATIONS

Mobiliser les personnes autour d'activités suscitant leur intérêt

↘ Partir des intérêts que porte la personne accueillie à ses projets (entrer en logement, en emploi, construire une vie de famille, avoir/garder un animal domestique, etc.) à ses proches (enfants, conjoint, famille, amis) et l'aider dans la réalisation de ses choix. Créer ainsi la relation de confiance qui permet à la personne accueillie d'aborder à son rythme la question de la santé avec ses souhaits, craintes et refus.

[39] Wallerstein N., *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: World Health Organization 2006, (trad. Français IREPS Bretagne 2009) p. 15.

[40] Jouve B., *L'empowerment : à quelles conditions ? Pour quels objectifs ?* Note de travail. Lyon : École nationale des travaux publics de l'État, 2007.

[41] Ninacs W.A., *L'empowerment et l'intervention sociale,* Montréal : Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine, 2003, pp. 21-38.

[42] Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement citoyen.* Paris : Ministère de la santé et des sports, 2010. 236 p.

[43] Le Bosse Y., De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment, Nouvelles pratiques sociales, 2003, vol. 16, n° 2, pp. 30-51.

ILLUSTRATION

Ce CHRS accueille des personnes avec leur animal de compagnie et travaille avec des vétérinaires qui acceptent de faire des tarifs préférentiels. Par cette possibilité d'échange avec les personnes accueillies autour de leur animal, sont abordées les questions relatives aux soins, à l'alimentation de l'animal, au carnet de vaccination, etc. Il n'est pas rare qu'il soit davantage possible ensuite de parler avec la personne de sa propre santé.

- Présenter à la personne accueillie l'ensemble des installations de l'établissement et celles de son environnement immédiat, permettant de réaliser des activités contribuant à l'entretien d'une bonne santé : accès à des équipements sportifs, à des parcelles de jardin, à des associations culturelles, sportives ou encore d'usagers, à des conditions d'habitat de longue durée, etc.
- Proposer aux personnes accueillies de rencontrer les responsables des activités qu'elles ont identifiées comme pouvant leur procurer du bien être afin de réaliser une séance/période d'essai. Faciliter les échanges entre personnes accueillies ayant les mêmes centres d'intérêts pour déclencher la mobilisation chez celles qui n'osent pas engager ce type de démarches. Proposer dans le cadre d'un groupe de personnes accueillies de capitaliser les informations relatives aux activités entreprises (intérêt/désintérêt, coût, fréquence, ambiance, horaires, lieux, etc.) afin de constituer ou mettre à jour une banque de données disponibles pour tous.
- Valoriser la personne, selon les circonstances, sur la gestion de sa situation particulière, sur son apparence/look ou encore sur les relations qu'elle entretient avec les autres. En effet, il est souvent inutile de vouloir aborder de front un problème repéré (sommeil, addiction…) s'il n'est que le symptôme d'autres difficultés. Un accompagnement visant la mise en confiance permet de ne pas rompre le dialogue pour le cas échéant revenir sur des soins à proprement parler.
- Profiter des événements du calendrier ou du territoire pour proposer l'organisation de moments collectifs d'échanges de compétences et savoirs entre les personnes présentes au sein du CHRS (semaine du goût, semaine de l'environnement, fête de la ville, de la musique, journée des associations, etc.). Maintenir et renforcer les actions autour du bien être, de l'estime de soi et du lien social (esthétisme, sport, massage, repas conviviaux, etc.).
- Inviter les associations locales aux événements organisés par le CHRS et diffuser l'information sur les actions et événements mis en place par ces associations locales. Cette fonction d'interface peut être prise en charge par les personnes accueillies elles-mêmes.
- Envisager avec les parents la participation de leur enfant à des activités sportives et ludiques correspondant à leur âge, sur les périodes périscolaires et de vacances. Identifier avec eux les sites proposant des activités et leurs modalités d'accès, les orienter le cas échéant vers les services communaux et départementaux pour des demandes d'aides exceptionnelles.

Développer la participation collective des personnes accueillies

- Mettre en œuvre les conditions d'une auto-organisation d'activités visant à renforcer les potentialités d'action des personnes accueillies en favorisant leur prise de conscience, leurs propres possibilités à décrire, à analyser leur expérience en particulier dans le domaine de la promotion de la santé et à proposer des solutions alternatives pour élaborer des actions ajustées. Participant ainsi au développement des connaissances collectives et des ressources personnelles et sociales, ce type d'approche valorise les personnes accueillies. Une place est donnée à l'auto-support[44], aux groupes d'échanges de savoirs et de pratiques, à la transmission intergénérationnelle.
- Diversifier les occasions d'engager un questionnement large, ouvert et renouvelé aux membres du conseil d'administration, aux professionnels du CHRS, aux personnes accueillies – y compris les mineurs accueillis avec leurs parents, et aux acteurs du territoire sur les questions de santé. Proposer aux responsables des Conseils à la Vie Sociale (CVS) de les aider à organiser des réunions exceptionnelles, animer des ateliers pour les enfants et les adolescents, proposer des réunions élargies ou encore des séminaires pour travailler autour de ces questions.
- Proposer de façon permanente des formations et un accompagnement (information, échanges entre pairs, etc.) aux personnes accueillies dans l'objectif de faciliter leur participation aux débats citoyens (prendre des notes, formuler des idées, les argumenter, écouter les avis des autres, synthétiser les informations, élaborer des propositions qui puissent être présentées) au sein notamment des instances de démocratie sanitaire (conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), conférence de territoire, groupes de travail mis en place dans le cadre des contrats locaux de santé, des ateliers santé ville, etc.). S'appuyer pour cela sur les conseils consultatifs des personnes accueillies en région (CCRPA)[45] ou d'autres instances de pairs-aidants.

[44] Selon Katz et Bender (1976), il s'agit « d'un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des "pairs", en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble.
À la base il y a un constat : les besoins de la catégorie sociale à laquelle le groupe appartient ne sont pas ou ne peuvent pas être satisfaits par ou au travers des institutions et mécanismes sociaux existants, d'où la nécessité de l'auto-organisation.
Outre l'aide matérielle et relationnelle, l'auto-support peut aussi viser à promouvoir des idéologies ou des valeurs au travers desquelles les membres forgent et acquièrent une nouvelle identité. Il offre souvent à ses membres une tribune, soit pour informer l'opinion publique sur le problème concernant le groupe ou pour corriger des idées fausses. » cité In Nurco D.N, Stephenson P.E., Hanlon T.E., Aftercare/relapse prevention and the self-help movement. *The International Journal of the Addictions.* 1990, vol. 25, (9A & 10A), pp. 1179-1200.

[45] Instance officialisée d'échange et de formulation d'une réflexion collective sur les politiques publiques.

2 INTÉGRER DANS LE PROJET PERSONNALISÉ DES ORIENTATIONS EN FAVEUR DE LA SANTÉ

Enjeux et effets attendus

Si les CHRS n'ont pas vocation à dispenser des soins, ils sont pour autant le lieu de vie des personnes accueillies et en cela directement concernés par les démarches de soins et les impacts sur la vie quotidienne des résidents.

L'émergence de la demande de soins est un problème en soi comme le démontrent les travaux portant sur le renoncement aux soins[46]. Une approche trop directe ne pourra générer que du repli sur soi, un déni du besoin de soin allant à l'encontre d'un échange ouvert sur les besoins potentiels de la personne. Tout en respectant la vie privée et l'autonomie de la personne dans la gestion de sa santé, les professionnels de CHRS ont vocation à adopter une posture aidante et rassurante.

La personne accueillie construit, seule ou accompagnée, ses démarches d'accès à la santé dans le cadre de son projet personnalisé. Le cas échéant, elle intègre les éléments permettant la continuité de son parcours de soin.

- La verbalisation des questions relatives aux besoins de santé est encouragée.
- La personne accueillie se sent libre d'évoquer ses problèmes relatifs à l'accès à la santé.
- La personne connaît les interlocuteurs auxquels elle peut s'adresser en cas de besoin.

RECOMMANDATIONS

Disposition des personnes accueillies à évoquer les questions de santé

↘ Adopter un positionnement graduel dans le rapport à la personne accueillie lui permettant une relation de confiance dans la relation avec le professionnel.

POINT DE VIGILANCE

Interroger la personne en garantissant la confidentialité liée au secret professionnel et en respectant sa liberté de donner ou non les informations demandées[47].

↘ Favoriser les conditions de verbalisation des questions de santé avec la personne accueillie, pour cela multiplier :

- les occasions d'échanger dans une logique de promotion de la santé, afin d'aider à l'émergence de leviers sur lesquels il pourra être utile de s'appuyer pour engager des actions individuelles ou collectives : questionnement sur les facteurs de bien-être, leurs effets immédiats, les bénéfices à long terme ou encore les enjeux vis-à-vis des enfants ; en privilégiant les périodes où elle se sent mieux, les lieux dans lesquels elle se sent le plus en confiance et les personnes avec lesquelles elle s'exprime le plus facilement, etc. ;

[46] Boisguerin B. (Colloque, Paris, 22/11/2011), *Renoncement aux soins,* Paris : DREES, 2012. 146 p. Coll. Etudes et statistiques.

[47] Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

- les outils ou les supports (support écrit, audiovisuel, rencontre avec des pairs, en interne, en externe, etc.) utilisés en rendez-vous individuel ou en action collective, qui peuvent déclencher un désir de prise en main de sa santé.

↘ Apprécier l'attention que porte la personne accueillie à son bien-être (sommeil, hygiène de vie équilibre alimentaire[48], sport, soins esthétiques, etc.) et les solutions qu'elle met en œuvre pour l'améliorer. Identifier avec elle les aspects sur lesquels elle estime avoir besoin d'aide et formuler des orientations possibles.

Capitalisation du recueil d'informations relatives à la santé et à la construction de pistes d'actions

↘ Synthétiser avec la personne l'ensemble des éléments recueillis, apprécier avec elle leur impact (situations administratives, événements de ruptures, isolement, situation face à l'emploi, au logement, à la santé, etc.) sur sa santé ou celle de ses enfants. Identifier avec elle les démarches qu'elle se propose de mettre en œuvre. Échanger en équipe et valider avec la personne les orientations de son projet en précisant avec elle les moments où elle souhaite physiquement être accompagnée et les personnes qu'elle souhaite auprès d'elle (proche, personne de confiance, personne en charge de la mesure de protection, professionnel de CHRS, etc.).

↘ Analyser avec les parents les besoins spécifiques de leur enfant handicapé relatifs à sa prise en charge conjointe avec un établissement médico-social (Institut médico-éducatif - IME, service d'éducation spéciale et de soins à domicile - SESSAD). Étudier avec eux l'impact de cette prise en charge et des soins éventuels sur la vie quotidienne et notamment sur la vie au sein du CHRS. Étudier en équipe les ajustements à mettre en œuvre au sein de l'établissement.

↘ Aider la famille qui le souhaite à assurer la continuité des soins et des accompagnements de l'enfant handicapé. Proposer d'entendre le référent du projet de l'enfant de l'IME ou du SESSAD à l'occasion de réunion dédiée pour ajuster si nécessaire les modalités d'accueil au sein du CHRS. S'assurer du respect des règles tenant au secret professionnel et à la confidentialité des informations. S'enquérir régulièrement auprès des parents des apports et des difficultés des ajustements mis en œuvre.

↘ Proposer à la personne de formaliser les orientations de l'accompagnement en spécifiant la part de réalisation de chacun des contributeurs à ce parcours. Cette planification peut aider la personne à appréhender les différentes étapes à mener. Elle doit être un moyen pour la personne de s'approprier son parcours. La forme est donc adaptée aux potentialités de la personne.

Informations sur les lieux spécifiques pouvant intéresser les personnes accueillies et leur famille

↘ Présenter la diversité des lieux de soins en précisant leurs objectifs et leurs modalités d'accès et laisser à disposition des personnes accueillies l'information sous différentes formes (dépliants, affiches, vidéo, etc.) :

- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ;

[48] Piette D., Une alimentation favorable à la santé pour les personnes précarisées. *Guide pratique à l'usage des professionnels de l'action sociale, de la santé, de l'alimentation*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2008. 46 p.

- les hôpitaux accueillent toute personne dont l'état de santé requiert des soins, quels que soient sa nationalité, sa situation (régulière ou irrégulière), son sexe, sa situation de famille, son âge, son état de santé, son handicap éventuel, ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses ; l'accueil se réalise de jour et de nuit, 24 heures sur 24, 365 jours sur 365 ;
- les lits haltes soins santé (LHSS) offrent une prise en charge médico-sociale de la personne en situation de précarité quelle que soit sa situation administrative et dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an, les LHSS offrent un hébergement, des soins médicaux et para-médicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et d'éducation sanitaire. Ils sont accessibles aux personnes handicapées[49] ;
- les lits d'accueil médicalisés (LAM) permettent aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés[50] ;
- les appartements de coordination thérapeutiques (ACT) hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion[51].

↘ Identifier et informer du rôle des acteurs de santé spécifiques tels que :

- le centre médico-psychologique (CMP) et l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) agissant spécifiquement auprès de personnes atteintes de souffrance psychique ou de maladie psychiatrique. L'EMPP a une connaissance spécifique des personnes en situation de précarité sociale et intervient en appui d'organisation accueillant cette population ;
- le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud) agissant sur la prévention et la prise en charge des conduites addictives et de dépendances.

Laisser à disposition des personnes accueillies une information consultable à loisir : dépliants, affiches, vidéo, etc.

↘ Prendre en compte les éventuelles barrières liées à la communication (culture, langage), à l'âge, à l'environnement social, physique et économique pour construire ou actualiser les informations mises à disposition. Vérifier l'accessibilité des messages en adoptant différentes formes (ateliers, entretien individuel, rencontre *in situ*, dessin, document traduit, document sonore, visuel, écrit, site internet, etc.).

---

[49] Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ».

[50] Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité.

[51] Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique.

- Intégrer dans le livret d'accueil la localisation des intervenants en lien avec la santé en interne de l'établissement et à proximité. Préciser les modalités d'accès (horaires de permanence et/ou d'ouverture, numéros de téléphone dédiés, ligne de transport en commun pour s'y rendre, etc.). Estimer, en fonction du public accueilli la nécessité de réaliser un livret d'accueil pour les enfants/adolescents (avec jeux et coloriages ludiques en relation avec la santé accompagnée d'une information adaptée). Proposer aux personnes de participer à l'actualisation de ces documents.

3 ORGANISER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION ADAPTÉES AUX PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES PAR LES PERSONNES ACCUEILLIES

Enjeux et effets attendus

La santé est déterminée par un ensemble de facteurs biologiques (âge, sexe, facteurs héréditaires) mais aussi liés au mode de vie individuel, aux influences sociales et communautaires, aux conditions de vie et de travail ou encore aux conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales globales[52]. Ces différents déterminants sociaux reflètent à quel point la santé n'est pas un domaine exclusivement réservé aux personnels soignants. Ainsi, la promotion de la santé implique de fortes alliances à travers une large série d'acteurs[53].

Les professionnels des CHRS vont aider les personnes accueillies à mieux appréhender certaines habitudes de vie. Ils vont faciliter leur expression pour mettre à jour les représentations et les aider à prendre conscience de leurs actes et des déterminants qui agissent sur leur santé. L'apport d'informations fiables a pour objectif de leur faciliter les décisions à prendre. La prévention passe par l'accroissement des potentialités des personnes à prendre en charge des soins et à faire face à des situations complexes.

- Les actions de promotion de la santé prennent en compte la complexité des questions de santé influencées par une multiplicité de facteurs en interaction et font participer les personnes accueillies à la définition des problèmes, des besoins et des solutions[54].
- La personne accueillie connaît les actions à mener dans les situations impactant sa santé (absence temporaire pour examen, urgence) et envisage sereinement les éventuelles survenues d'épidémies, d'incendie, d'accident, etc.

[52] Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

[53] Bastien, R., Langevin, L., Larocque, G., et al. *Promouvoir la santé. Réflexions sur les théories et les pratiques.* Montréal: REFIPS, 1994. Coll. Partage. En particulier l'introduction et le texte d'Oberle, D., Les valeurs des professionnels en éducation pour la santé. Pour une réflexion éthique, pp. 53-58.

[54] Cherbonnier, A., Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... Guide méthodologique. *Bruxelles santé*, réédition 2005, n° spécial, p. 16.

RECOMMANDATIONS

Actions de promotion de la santé

- Connaître les actions existantes portées par les acteurs du territoire de référence et s'appuyer sur les partenaires (professionnels et/ou association d'usagers) pour construire avec les personnes accueillies qui le souhaitent le déroulement de sessions de sensibilisation[55] sur des thématiques portant sur :
  - l'activité physique et son impact sur la santé ;
  - l'alimentation et son impact sur le diabète et certains déficits vitaminiques ;
  - les risques liés au tabagisme, à l'alcoolisme et aux pratiques addictives dans leur globalité ;
  - le risque d'accident vasculaire cérébral ;
  - les soins bucco-dentaires : hygiène dentaire et dépistage de cancers de voies aérodigestives supérieures ;
  - le suivi gynécologique : dépistage du cancer du col de l'utérus ou du sein ;
  - les différents moyens de contraception ;
  - les interruptions volontaires de grossesse : modalités et lieux pratiques ;
  - les dépistages du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), d'infections sexuellement transmissibles (IST), d'hépatites ;
  - les traitements d'urgence en cas de rapport sexuel à risque (rapport non protégé, déchirement du préservatif etc.) soit vis-à-vis du VIH ou des hépatites soit vis-à-vis des grossesses non désirées (contraception d'urgence)[56].
- Favoriser l'appropriation par les personnes accueillies du message délivré et notamment dans les sessions mises en place, organiser une animation intégrant un niveau d'information générale (délivrée par des professionnels) et des récits de vie (exposés par les pairs).
- Prendre le temps de l'évaluation de ces sessions avec les intervenants et les personnes accueillies pour identifier les apports, recueillir les propositions d'amélioration et enrichir par cette contribution les actions à venir (adaptation des messages, intervention d'un médiateur interculturel/d'un interprète, présence d'association de malades, etc.).

Anticipation des événements de santé

- Anticiper avec la personne accueillie, les modalités de gestion d'une hospitalisation d'urgence en recueillant les indications qu'elle souhaite voir mettre en œuvre dans ces situations et notamment :
  - en faisant figurer dans son dossier le nom des personnes qu'elle souhaite contacter en cas d'hospitalisation : médecin traitant, personne de confiance, personne en charge du mandat de protection, proche, autre ;
  - en identifiant, avec son ou ses médecins, le service d'hospitalisation où la personne

[55] Bourgueil, Y., Jusot, F., Leleu, H., et al. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de Littérature. Question d'économie de la santé, 2012, n° 179, 8 p.

[56] Fnars-Invs, Étude ProSanté 2010-2011 – *Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans les structures sociales et médicales.* Saint-Maurice : INVS, 2013. 146 p.

serait susceptible d'être hospitalisée et les modalités d'accueil (passage ou non par les urgences, par son médecin, etc.) ;

- en ayant le consentement de la personne pour le partage de ces informations lors des hospitalisations en urgence ainsi que celles portant sur les conditions de survenance de la situation d'urgence (éléments ou événements collectifs, institutionnels ou personnels ayant précédé la crise et chronologie de la crise).

- Anticiper avec la personne accueillie l'organisation à mettre en œuvre avec ses enfants dans les situations où elle doit se rendre disponible pour des rendez-vous médicaux ou des interventions chirurgicales[57]. La garde des enfants est envisagée par l'entourage proche, via des systèmes de garde temporaires, ou si la situation le nécessite, en lien avec les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance.

Actions de prévention des risques

- Délivrer des messages d'information sur l'hygiène à respecter pour diminuer les contaminations virales ou bactériennes. Diversifier pour cela les formes d'intervention :
  - par oral lors de réunions d'information, des instances de participation ou à l'occasion de contacts individuels ;
  - par écrit, notamment en affichant dans les chambres et dans les espaces collectifs les messages de santé publique par exemple, ceux délivrés par l'INPES (affiches saisonnières, messages de prévention, etc.).

- Organiser l'accueil au sein de l'établissement de partenaires en fonction des situations que rencontrent les personnes accueillies. Il peut s'agir de la PMI, mais aussi de certaines professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) ou médicale œuvrant sur le champ de la prévention. Afficher dans un endroit accessible à l'ensemble des professionnels et des personnes accueillies les modalités de ces permanences (horaires, lieux, fréquence, etc.).

- Organiser des séances de sensibilisation avec les services d'incendie et de secours[58] à destination des professionnels et des personnes accueillies. Elles permettent d'identifier les situations d'urgence et de connaître les informations nécessaires et importantes à communiquer lors d'un appel à ces services. Par ailleurs, l'intervention de ce partenaire sur ces séances lui apporte une meilleure connaissance des caractéristiques de la population accueillie et des modalités d'hébergement.

- Organiser des sessions de formations aux premiers secours et leur renouvellement pour qu'au minimum un professionnel formé soit présent sur le site ou d'astreinte.

- Proposer l'intervention dans des groupes projets dédiés, de personnes spécialistes selon des thématiques choisies (médecin de prévention, conseiller en économie sociale et familiale, sécurité routière, addictologue, croix rouge/service d'incendie et de secours/service de police ou de gendarmerie, puéricultrice) favorisant une connaissance éclairée des sujets et permettant à chacun de construire sa démarche de santé.

- Définir, avec un professionnel de santé et un groupe projet de personnes accueillies, le

[57] Anesm. Anticiper les hospitalisations programmées. In : *Repérage et accompagnements des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).* Saint-Denis : Anesm, 2015. pp.44-46.

[58] Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., *La santé des personnes sans chez soi – plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen.* Paris : Ministère de la santé et des sports, 2010. p. 42.

contenu de la trousse à pharmacie ou d'un kit de premiers secours afin de faire face au mieux à deux types de situations :

- le soin des « blessures bénignes » en attendant de pouvoir consulter un médecin ou se rendre chez un pharmacien, avec dans cette catégorie les plaies simples, les coups, les nez bouchés, les maux de tête, les allergies, etc. ;
- la gestion de la situation plus grave, à traiter rapidement, en attendant les secours, avec dans cette catégorie les malaises graves, les hémorragies, les traumatismes, etc.

Y adjoindre une information d'utilisation simple et l'indication des coordonnées des secours d'urgence (pompiers, centre de réception et de régulation, des appels d'urgences médicales).

↘ Construire avec les personnes accueillies des procédures visant à la prévention des risques domestiques (étouffement, noyade, chute, intoxication, brûlure, électrocution), notamment lorsque des adultes sont accompagnés d'enfants[59].

4 PARTAGER AVEC LES PERSONNES ACCUEILLIES LES DIFFICULTÉS QU'ELLES RENCONTRENT DANS LEURS DÉMARCHES D'ACCÈS À LA SANTÉ

Enjeux et effets attendus

Les études portant sur le renoncement aux soins[60] expliquent comment ce phénomène est complexe lorsqu'il renvoie à la précarité des ressources (financières, sociales, organisationnelles, etc.) et dépend des représentations et des expériences vécues[61] par les personnes dans leur relation à la médecine.

Selon ces travaux, pour se soigner, il faut prioritairement :

- se ressentir malade, estimer qu'il faut se soigner ;
- qu'un tiers confirme cette impression ;
- penser que se soigner aura de l'effet ;
- estimer que se soigner ne vous mettra pas en danger ;
- être informé de l'existence de services où se soigner, des personnes auxquelles on peut s'adresser et que ces services soient accessibles « pour moi » ;
- penser que les soignants vont accepter de « me » soigner ;

●●●

[59] INPES, *Protéger votre enfant des accidents domestiques.* Saint-Denis : Inpes, 2012. Consultable sur : <http://www.inpes.sante.fr/> (accès le 29/07/2015)

[60] Boisguerin B. (Colloque, Paris, 22/11/2011), *Renoncement aux soins*, Paris : DREES, 2012. 146 p. Coll. Études et statistiques.

[61] Cambois E., Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In : *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004.* Paris : ONPES, 2004. Coll. Les travaux. pp. 101-126.

- faire une priorité personnelle de ses propres soins ;
- ne pas avoir trop de mauvaises expériences accumulées pour soi ou pour ses proches ;
- penser pouvoir faire face aux dépenses.

Les démarches d'accès à la santé demandent un investissement personnel important pour des personnes n'ayant pas fait de démarche en ce sens depuis longtemps Elles peuvent être freinées par la crainte du regard de l'autre sur les stigmates laissés par ce défaut de soins. L'état de santé de la personne accueillie et de sa famille peut être affecté par de multiples facteurs (précarité financière, violence, mauvaises conditions de logement, vie à la rue, etc.).

Les professionnels des CHRS ont dans cette perspective un rôle auprès des personnes pour les remobiliser dans les moments de découragement, pour les rassurer dans les périodes de doutes ou d'inquiétude ou encore pour mettre des mots sur des incompréhensions.

- La personne envisage sereinement une consultation chez un médecin et engage si nécessaire un parcours de soin.
- La personne fait face aux besoins de santé de ses enfants et aux aléas.
- Le CHRS veille à ce que son règlement de fonctionnement facilite l'accès à la santé des personnes.

RECOMMANDATIONS

Dédramatiser la consultation

- Proposer à la personne de préparer la consultation à venir en lui présentant les conditions possibles de l'échange : attente plus ou moins longue en salle d'attente, temps limité de consultation, appréhension difficile des termes de l'échange, examen physique et hygiène, etc. et en cherchant avec elle les moyens pour faire face à ces possibles difficultés.
- Proposer à la personne rencontrant des difficultés pour mettre en œuvre les prescriptions et conseils médicaux du médecin de répertorier sur un courrier les éléments qu'elle a confiés au professionnel du CHRS. Donner ce courrier à la personne qui est à même de le transmettre, si elle le souhaite, au médecin.
- Évaluer le souhait de la personne accueillie d'être accompagnée dans la prise de contact avec le(s) médecin(s) chargé(s) de sa prise en charge médicale. Déterminer avec elle les modalités de travail avec ce(s) professionnel(s) de santé. Le cas échéant conseiller à la personne de faire appel à la personne en charge de la mesure de protection judiciaire ou à la personne de confiance.
- S'enquérir au retour de la consultation de la qualité des échanges qui ont eu lieu, de la satisfaction de la personne quant aux réponses apportées à ses questions et de la sérénité qu'elle affiche pour prendre en charge sa santé. Dans les situations où des difficultés sont identifiées, reprendre ce qui reste difficilement compréhensible et applicable pour elle et lui conseiller de reprendre contact avec son médecin en l'aidant à préciser clairement ses demandes si elle en émet le besoin.

- Conseiller à la personne qui a bénéficié d'examens médicaux (analyses biologiques, radiographies….) de reprendre contact avec un médecin afin de donner suite aux investigations. Sous réserve que la personne en fasse la demande, apporter une aide à la compréhension des termes utilisés par les professionnels de santé en consultation.

POINT DE VIGILANCE

L'aide à la compréhension proposée par les professionnels du CHRS s'inscrit dans le respect de l'information médicale donnée par un personnel soignant. Elle permet à la personne de s'approprier sa démarche de soins et de faire en sorte que la personne sollicite les acteurs médicaux, paramédicaux ou médico-sociaux appropriés.

Dans les situations où la personne accueillie subit un refus de soin

- Proposer à la personne s'étant vue refuser des soins d'identifier ce qui a pu amener le soignant à adopter cette posture. En échanger lors d'une réunion d'équipe pour analyser collectivement la situation. Envisager les possibilités :
  - de reprise de contact seule ou accompagnée d'une personne de son choix ;
  - de reprise de contact par le professionnel du CHRS avec le médecin traitant avec l'accord de la personne ;
  - de changement de médecin ;
  - de saisie des instances telles que le défenseur des droits, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou encore le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné (ordre des médecins, ordre des infirmiers, ordre des chirurgiens-dentistes…)[62]. Préciser à la personne l'impact de cette contestation dans la relation thérapeutique préalablement établie et l'accompagner dans cette démarche si elle le souhaite.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LE REFUS DE SOINS

Le texte, réactualisé par l'Ordre national des médecins en 1996, affiche très clairement une ambition d'humanité en faisant dire à chaque médecin la phrase suivante : *« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera »*[63].

Cette approche a été traduite dans le code de déontologie qui affirme un principe de non-discrimination énoncé à l'article R. 4127-7 du Code de la santé publique (CSP) : *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. […] ».*

[62] Fnars – . *Lutter contre les refus de soins. Fiches actions du guide « accompagnement santé ».* Paris : FNARS, 2015. Consultable sur : <http://www.fnars.org/> (accédé le 14/01/2016).

[63] Conférence nationale de santé. *Résoudre les refus de soin*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2010.

Ce principe doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du professionnel de santé et la relation contractuelle qu'il noue avec son patient. Le médecin se voit donc reconnaître la possibilité de refuser de dispenser ses soins comme le rappelle expressément l'alinéa 2 de l'article R. 4127-47 du CSP : *« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. […] ».*

Néanmoins, si un professionnel refuse de soigner une personne sous le prétexte de bénéficier de la CMUc/AME/ACS, Il est possible d'en informer le conseil de l'ordre des médecins, chirurgien, infirmiers[64].

Dans les situations où la personne accueillie refuse de se soigner

- Engager un échange avec la personne accueillie chez qui a été repéré un problème particulier (sommeil, alimentation, hygiène…). Le professionnel se contente de poser des questions générales pour amorcer le dialogue si la relation est récente: dormez-vous bien ? Auriez-vous besoin de quelque chose de particulier ? Si la personne adhère à la discussion, le professionnel continue et essaie d'amener la personne à s'interroger sur sa santé globale. Si la personne évite la discussion, le professionnel réessayera par la suite, sans jamais forcer l'échange. Le fait de questionner la personne n'amène pas toujours de réponse, mais cela lui permet de se poser des questions.
- Analyser en équipe les situations pour lesquelles la personne laisse à voir une santé dégradée mais sur laquelle les professionnels ne réussissent pas à créer un échange avec elle. Construire en équipe des alternatives d'accompagnement facilitant les échanges avec la personne, en définir les modalités (individuel/collectif) et les interlocuteurs (professionnels/proches) dans le respect des souhaits de la personne accueillie et des règles applicables au secret professionnel et à la confidentialité des informations.

ILLUSTRATIONS

Dans un CHRS, il arrive que la psychologue, en abordant le parcours des personnes accueillies identifie des intérêts personnels qui ont été moteurs tout au long de leur cheminement. Le partage de ces intérêts avec l'équipe peut permettre d'échanger avec la personne sur des sujets connexes à la santé mais qui vont permettre d'établir une relation de confiance qui pourra au fur et à mesure du temps aboutir à la question de la santé et de sa prise en charge.

Un CHRS propose des ateliers jardinage qui au-delà de l'objectif de la culture de légumes, permettent d'aborder un mal de dos, une toux répétitive, un rhume non-soigné. L'animateur invite, sur la base de ces échanges, les personnes à prendre contact avec leur médecin traitant.

[64] Conseil consultatif des personnes accueillies/accompagnées Nord Pas de Calais. Modèle de courrier – annexe 3. In : *Droits, devoirs et recours. Guide à destination des personnes accueillies et accompagnées dans les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion*. (Document électronique). 2014. consultable sur : <http://www.fnars.org/> (accédé le 15/10/2015)

REPÈRES JURIDIQUES SUR LE DROIT AU CONSENTEMENT ET AU REFUS DE SOIN

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît au patient le droit d'accepter ou de refuser tout acte médical, rejoignant ainsi les termes de l'article 36 du Code de Déontologie Médicale sur le consentement et le refus de soins.

Ces dispositions légales éclairent l'importance de l'information et de l'écoute du patient tant au début qu'au cours de l'évolution de la maladie. La permanence d'une relation très ouverte médecin patient permet de prendre en compte au mieux l'inquiétude du malade, le vécu de sa maladie et de son traitement, sa qualité de vie, en respectant ainsi ses interrogations et sa capacité d'exercer sa volonté à tout moment.

Par ailleurs, les obligations du médecin à l'égard d'un patient mineur ou majeur protégé sont définies à l'article 42 du Code de Déontologie Médicale. Il précise qu'un médecin « *appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.*

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. »

L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique affirme par ailleurs : « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.* »

Le droit au refus n'est pas sans poser de problèmes au médecin à qui s'impose un devoir impératif d'assistance et de soins en ayant comme objectif l'intérêt du patient. Il pose également un problème aux instances dirigeantes des CHRS qui ont pour mission de « *rechercher les moyens d'une réponse adaptée à chaque situation de détresse sociale, au-delà des seules modalités d'hébergement.* » Circ. 91-19 du 14 mai 91 relatives aux missions des CHRS.

Aussi, l'analyse de cet éventuel refus de soins doit être réalisée pour adapter au mieux l'information et s'efforcer de convaincre le patient/la personne accueillie de l'importance des soins indispensables proposés.

Ce droit au consentement et au refus reste un droit fondamental dans le cadre du droit à l'autonomie pour tout individu. Il ne peut donc être invoqué pour envisager l'exclusion d'une personne accueillie d'un CHRS.

↘ Échanger avec la personne qui présente régulièrement des maladies infectieuses liées à l'hygiène (notamment dues à des bactéries, des champignons, etc.), sur les causes possibles d'une telle contamination récurrente. Adapter la façon d'aborder le sujet selon le profil de la personne et notamment la présence ou non d'une pathologie psychiatrique. Dans ces situations particulières prendre conseil auprès des équipes mobiles de psychiatrie précarité ou de tout autre professionnel de santé à même d'apporter un conseil.

POINT DE VIGILANCE

Certaines personnes peuvent être en incapacité totale de prendre soin de leur corps. Lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de pathologies psychiatriques, leurs troubles peuvent perturber la conscience qu'elles en ont.

Les personnes en très grande exclusion peuvent elles aussi se retrouver dans cette situation extrême de ne plus pouvoir prendre soin d'elles.

Si les conséquences pour ces deux types de populations sont les mêmes, les moyens d'action pour y remédier peuvent être différents.

Une attitude volontaire et bienveillante, de la patience, du respect à l'égard de la personne et une certaine empathie peuvent permettre d'arriver à de bons résultats dans le cas des personnes en situation de grande exclusion.

Mais en l'absence d'une relative stabilisation de la pathologie, la personne malade peut ressentir cette insistance comme une intrusion qui pourrait provoquer une réaction de défense importante (dans la fuite ou l'agressivité).

La santé des enfants

- Accompagner les parents pour lesquels des enfants sont scolarisés afin d'aborder avec eux les risques de dévalorisation de soi, de maltraitance de la part des autres enfants ou encore d'échec scolaire. Organiser avec eux les soutiens dont leur enfant peut avoir besoin et faciliter le contact entre les parents et l'école.
- Proposer aux parents d'organiser une rencontre multipartenariale (établissement scolaire, PMI, interlocuteur des actions périscolaire, etc.) pour qu'ils transmettent eux-mêmes les difficultés que rencontre leur enfant et recherchent avec les acteurs invités les soutiens nécessaires à son épanouissement. Dans ce cadre s'assurer de l'accord explicite des parents au partage de certaines données avant la tenue de la réunion.
- Accompagner les parents, dans le cadre d'une prise en charge multiple pour leurs enfants (soins ophtalmiques, auditifs, orthophoniques, dentaires, pédiatriques, etc.) et les soutenir dans l'organisation de leur vie quotidienne et familiale au regard de ces soins[65].

Dans les situations de maladies chroniques

- Conseiller à la personne de favoriser la mise en lien des acteurs de santé, passés et présents et l'accompagner si elle le souhaite dans sa démarche (téléphoner avec elle, l'accompagner physiquement, etc.).

[65] Les travaux de l'ONPES (Cambois E., Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In : *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*. Paris : ONPES, 2004. Coll. Les travaux. p. 108) « montrent à la fois des problèmes plus fréquents parmi les personnes défavorisées du fait d'une plus grande exposition aux risques (mauvaise alimentation, violence et traumatismes) et une moins bonne gestion de ces problèmes après leur survenue (moins de dépenses engagées pour des prothèses…) » également chez les enfants.

ILLUSTRATION

Au niveau d'un SIAO, l'ARS a financé un poste d'infirmière qui aide à l'évaluation des situations des personnes et qui répartit son temps sur cinq CHRS (1 journée par semaine par CHRS). Cette organisation permet une coordination des soins au niveau des parcours d'insertion qui limite les interruptions à l'entrée ou à la sortie du CHRS.

- Envisager avec la personne les adaptations (immédiates ou à venir) à mettre en œuvre pour lui faciliter la gestion quotidienne de sa maladie :
  - au sein de l'établissement (changement de chambre, régime alimentaire spécifique, etc.) ;
  - dans sa vie quotidienne hors établissement (adaptation des horaires de travail, déplacements vers les lieux de soins, etc.) ;
  - dans sa vie sociale et professionnelle (aménagement des horaires de travail, du poste, participation à un groupe d'entraide mutuel (GEM) ou à une association de malade, etc.).
- Identifier avec les personnes qui le souhaitent les associations regroupant des personnes atteintes de pathologies chroniques ou infectieuses similaires (association de diabétiques, d'hyper-tendus, de personnes souffrant de troubles neurologiques, du sida, groupe d'entraide mutuelle, etc.) et pour les parents ayant des enfants souffrant de maladies chroniques identifier sur le territoire des associations spécifiques d'accompagnement de l'enfant et sa famille. Proposer de prendre contact avec elles afin de connaître leurs modalités de rencontre et diffuser l'information au sein de l'établissement par des moyens de communication variés (par les pairs, affichages, rencontres, etc.).
- S'enquérir régulièrement auprès de la personne accueillie du déroulement de son suivi médical ou de celui de son enfant lié à sa pathologie, notamment :
  - de la prise de conscience d'une évolution dans sa vie quotidienne ;
  - dans l'observance de son traitement ;
  - de son assiduité dans les consultations médicales régulières avec son médecin spécialiste pendant l'évolution de la maladie ;
  - de l'effectivité et de la mise à jour des droits ouverts (CMU, CMU-C, prise en charge à 100 %, ALD, etc.) limitant les risques de ruptures de traitement ou de défaut de remboursement[66].

  Vérifier avec elle, la nécessité d'ajuster les modalités d'hébergement et d'accompagnement.
- Envisager avec la personne souffrant d'une pathologie chronique évolutive et potentiellement handicapante, l'opportunité de solliciter le cas échéant, le service de santé au travail (en vue d'une adaptation de poste voire d'une déclaration d'inaptitude) ou d'engager une démarche de reconnaissance de handicap[67].

[66] Guthmuller, S., Jusot, F., Wittwer, J., Comment expliquer le non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? *Question d'économie de la santé,* 2014, n° 195, 8 p.

[67] Anesm. Étudier les apports d'une reconnaissance de handicap. In : *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* Saint-Denis : Anesm, 2015. pp. 66-67.

Les médicaments

- S'assurer auprès des personnes ayant un traitement régulier à prendre :
  - de leur possibilité de conservation de ce traitement dans un lieu adapté, le cas échéant en mettant à disposition un lieu réfrigéré pour la conservation de certains médicaments ;
  - de la gestion des déchets dans les cas d'utilisation de seringues[68].

ILLUSTRATIONS

Dans un CHRS, une armoire pour le stockage des médicaments a été fixée au mur en hauteur afin que les enfants accueillis n'y aient pas accès.

Dans un autre CHRS, des mini-réfrigérateurs sont mis à disposition des personnes, dans leur chambre, afin de leur permettre la conservation de certains traitements.

- Apporter, si la personne en fait la demande, une aide à la compréhension de ses ordonnances ou de son carnet de santé (ou de celui de ses enfants). Pour des sollicitations très précises, l'orienter vers un professionnel de santé (médecin traitant, pharmacien, infirmier). Le professionnel du CHRS restitue à la personne tout document médical qu'elle lui aurait confié.

POINT DE VIGILANCE

L'observance d'un traitement nécessite de le comprendre *a minima*. Les professionnels peuvent, à la demande, apporter une aide à la compréhension des documents médicaux et des incidences sur la santé notamment en cas de non-respect des prescriptions.

- Envisager avec la personne accueillie ou avec le parent d'un enfant malade qui rencontre des difficultés dans la prise de son traitement de solliciter son médecin pour revoir avec lui les posologies, les modalités d'administration, les effets secondaires, etc. Dans ce cadre, proposer à la personne de rédiger avec elle un mémo qu'elle remettra si elle le souhaite à son médecin pour lui préciser les facilités et les difficultés qu'elle ou son enfant rencontre dans le suivi du traitement en notifiant les conditions d'hébergement (collectif/diffus), sans (ou avec) personnel infirmier, etc.

[68] Les personnes nécessitant un traitement en auto-injection peuvent solliciter leur pharmacien pour obtenir des bacs hermétiques afin d'y déposer leur matériel d'injection usagé. Une fois plein, ces bacs sont rendus aux pharmaciens, qui en délivrent un nouveau.

REPÈRES JURIDIQUES SUR L'AIDE À LA PRISE MÉDICAMENTEUSE

L'article L. 313-26 du CASF

Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes **ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules** le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par **toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante** dès lors que, compte tenu de la **nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier**.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

Le règlement de fonctionnement : une occasion de questionner la prise en compte de la santé dans l'établissement

- Évoquer de façon régulière[69] les règles de vie commune, par exemple dans le cadre d'instance de participation regroupant des personnes accueillies, des professionnels et des administrateurs afin d'aborder la question de l'hygiène des locaux, de la conservation de la nourriture, de la vie nocturne, de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Les échanges sont menés afin de rechercher des solutions communes adaptées aux modes de vie des personnes accueillies et conformes à la réglementation. Ces groupes proposent ainsi des hypothèses de réécriture du règlement de fonctionnement qui s'adapte à l'évolution des modes de vie des personnes accueillies dans le CHRS.
- Mentionner dans un article du règlement de fonctionnement la spécificité des traitements individuels, les risques de l'auto médication et des mésusages. Inviter les personnes à conserver leurs traitements dans des armoires fermées à clé mises à leur disposition dans les espaces privatifs.

Aléas administratifs et économiques

- S'enquérir auprès de la personne ne pouvant ponctuellement pas se rendre sur son lieu de travail du fait de sa maladie, qu'elle en a averti son employeur et qu'elle a sollicité un médecin pour l'établissement d'un arrêt maladie. Aider la personne, si elle le souhaite, sur les aspects administratifs de cette démarche.
- Orienter la personne nécessitant des soins et/ou appareillages coûteux (prothèses auditives, orthodontie, lunettes, fauteuil roulant, etc.) vers tout service social susceptible d'apporter une aide financière exceptionnelle (services des collectivités territoriales[70], MDPH, CPAM, caisse de prévoyance, complémentaire santé, etc.) ou encore vers des associations humanitaires.

[69] 6 mois pour une durée de séjour moyenne de 9 mois.

[70] Mairie, établissements publics de coopération intercommunale, départements.

5 IDENTIFIER LES CONTEXTES LES PLUS SALUTAIRES POUR FAVORISER UNE STABILISATION DE LA SANTÉ MENTALE

Enjeux et effets attendus

La souffrance psychique cause et conséquence d'un environnement social très dégradé nécessite une approche globale qui interpelle les professionnels des CHRS confrontés à des situations dépassant le cadre strict de la résolution de problèmes sociaux et les amènent à solliciter les professionnels de la psychiatrie eux aussi modifiant leurs modalités de travail avec une ouverture sur des interventions à l'extérieur de l'hôpital et en soutien des professionnels dits de première ligne[71].

Être en bonne santé mentale, c'est pouvoir agir dans le bien être avec son environnement. La santé mentale est un équilibre qui n'est jamais définitivement acquis. Si la santé mentale se détériore, un mal-être va apparaître et la personne ne va pas réussir à faire face. On peut alors parler de souffrance psychique[72] qui se distingue de la pathologie psychiatrique qui se définit par un diagnostic posé selon les classifications en cours[73].

Les personnes accueillies en CHRS peuvent vivre avec des pathologies psychiatriques depuis de longues années ayant pour certaines des parcours composés de vie à la rue, d'incarcération, d'hospitalisation, etc. Elles se trouvent très souvent isolées socialement et familialement. Les refus de soins sont courants et le travail de réappropriation de son bien-être demande à être guidé par des professionnels de la psychiatrie.

Les personnes ayant vécu des violences[74] lors de leurs parcours ou de leur exil[75] demandent des approches spécifiques pour la prise en charge des troubles post-traumatiques.

- La personne accueillie se réapproprie ou s'approprie des capacités pour exprimer ses besoins, ses sensations. Elle se sent protégée et réapprend à prendre soin d'elle.
- L'identification des troubles se réalise par le regroupement d'un ensemble de signes qui implique une transversalité et une pluridisciplinarité dans son observation.

[71] Lazarus A., Strohl, H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher,* rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », Paris : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, 1995. 65 p.

[72] Furtos J., Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, Dossier souffrance et société, *Mental'idées* 2007, n° 11, pp. 24-33.

[73] Définition donnée par le Dr P. Estécahandy lors de son intervention au Conseil Consultatif de la personne accueillie du 5 juin 2015, Paris.

[74] Anesm, Prévenir et gérer les situations de violences conjugales. In : *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS),* Saint-Denis : Anesm, 2015, pp. 13-18.

[75] Anesm, *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA),* Saint-Denis : Anesm, 2014, pp. 43-44.

RECOMMANDATIONS

- Accueillir l'expression de la souffrance psychique de la personne en veillant pour le recueil de sa parole à :
  - lui laisser le choix de l'interlocuteur et du moment pour s'exprimer ;
  - lui proposer un passage par l'écrit ou tout autre mode d'expression (dessin, photo, vidéo, etc.) si cela peut l'aider ;
  - respecter ses silences, voire son choix de ne rien dire ;
  - la reconnaître dans sa souffrance sans porter de jugement.
- Reprendre avec la personne chaque expérience (de relations aux autres, d'activités créatrices, ludiques ou encore professionnelles) qui contribue à la reconstruction de son sentiment d'utilité et identifier avec elle les éléments positifs qui participent au dépassement de son auto dépréciation[76].
- Organiser une rencontre avec la personne pour laquelle un défaut de soin est supposé ou avéré. Échanger sur les conséquences sur sa santé et chercher avec elle les solutions les plus adaptées : rencontre avec son médecin, participation à des groupes d'auto-support (groupe d'entraide mutuelle - GEM[77], associations d'usagers[78]…), intervention de personnel paramédical, recherche d'établissement plus adapté temporairement ou à plus long terme, etc. En échanger en équipe pluridisciplinaire, pour identifier la position à adopter. La proposer à la personne avant sa mise en œuvre.

ILLUSTRATION

Ce CHRS a reçu une personne âgée de 60 ans diagnostiquée psychotique adressée par l'hôpital. Elle souhaite intégrer l'établissement CHRS pour évaluer sa capacité à vivre en société et mettre en place un projet d'hébergement individuel. Le contact est difficile à établir et la personne est dans un refus de soin concernant son traitement et sa prise en charge médicale.

Les professionnels ont trouvé l'accroche avec cette personne à travers les soins d'hygiène quotidiens et notamment le rasage. Des liens de confiance se sont construits avec elle et alors qu'elle refusait tout soin, elle accepte de consulter un service de gastro-entérologie et d'hépatologie pour des soins qu'elle avait laissés en souffrance et se préoccupe de ses douleurs dorsales.

Tous ces examens ont nécessité un accompagnement de la part de l'infirmière du centre de soins adossé au CHRS. Cette polypathologie somatique et psychiatrique a demandé une forte mobilisation de l'équipe du CHRS pour entrer en contact avec la personne et un travail d'articulation de l'infirmière avec le médecin traitant et les différents spécialistes (anesthésistes, gastro-entérologue, hôpital de jour, ambulance).

[76] Greacen T., Jouet E., Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia, *l'information psychiatrique,* 2013, vol. 89, pp. 359-364.

[77] Liste des GEM mise à jour par les MDPH : <http://www.psycom.org/> (accédé le 29/07/2015).

[78] Noms et adresses : <http://www.psycom.org/> (accédé le 29/07/2015).

- Proposer à la personne de préparer les rencontres avec son ou ses médecins afin d'envisager les modalités de soins dans un environnement collectif/diffus d'accompagnement social. Évoquer la possibilité de mise en place d'un protocole de soin décidé par son médecin avec, le cas échéant, l'intervention d'un personnel soignant au sein du CHRS, la planification de réunions de régulation/évaluation avec la présence du médecin (traitant ou psychiatre), de la personne et de son référent au CHRS. Rédiger une synthèse de cette proposition d'organisation qui sera remise à la personne qui pourra ainsi en échanger avec son médecin traitant et/ou à son psychiatre. Lui proposer le cas échéant de participer à cette rencontre.
- Tenir compte de la personnalisation des soins et des étapes prévues par le personnel soignant (médecin traitant/psychiatre) : rémission, stabilisation, convalescence ou encore rétablissement. En échanger avec la personne accueillie dans le cadre de rencontres pluridisciplinaires pour adapter les modalités d'accompagnement à ce que la personne est en mesure de faire.
- Créer et assurer un contexte de soutien et d'accompagnement aux soins dans lequel la personne accueillie puisse augmenter son estime d'elle-même, retrouver confiance en elle et en les autres et respecter autrui (ses proches, les autres personnes accueillies et les professionnels). Dans cette perspective :
  - favoriser la participation de la personne au parcours qui la concerne ;
  - favoriser l'autonomie de la personne dans le cadre de l'accompagnement qui lui est proposé ;
  - valoriser la personne sur ses potentialités, créer les occasions où la personne va se réapproprier des savoir-faire : par des gestes du quotidien (faire ses courses, la cuisine, remplir un document administratif, etc.), ou par des ateliers ludiques (du dessin au cinéma en passant par le jardin, etc.) ;
  - orienter les échanges davantage sur les compétences qu'elle met en œuvre dans la gestion de sa maladie.
- S'appuyer sur les instances de participation du CHRS pour proposer à la personne d'être actrice en s'engageant dans un groupe projet pour (ré)activer son savoir-être de citoyen : maîtriser ses interventions, laisser la place à la parole de l'autre, écouter les remarques et critiques, prendre des responsabilités, jouer le rôle du délégué, etc. Reprendre ces expériences avec la personne après coup afin d'apprécier avec elle ce sur quoi elle se sent le plus à l'aise.

ILLUSTRATION

Dans ce CHRS, spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, il est proposé aux personnes de participer à la vie du centre. Chaque matin et chaque après-midi a lieu une réunion d'organisation avec les membres présents. Cette réunion a pour objectif d'identifier les tâches du jour et de répartir le travail. La répartition ne se fait que sur le volontariat et concerne autant les personnes que les professionnels. L'objectif est d'amener la personne à faire des choix pour elle et pour le collectif et à se sentir considérée comme une personne à part entière.

Cette personne accueillie explique que sa participation au conseil consultatif de la personne accueillie (CCPA) l'aide à se sentir utile pour les autres et lui procure une certaine estime d'elle-même et une stabilité sur le plan de sa santé mentale.

- Évoquer avec la personne les missions dévolues à l'établissement dans le cadre de l'aide à la réinsertion sociale et professionnelle et voir avec elle comment elle envisage ces orientations. Lui proposer selon le cas, de renouveler cette conversation en présence de son ou ses médecins et les professionnels du secteur médico-social du secteur du handicap, le cas échéant.
- Créer des partenariats avec l'équipe des secteurs de la psychiatrie afin d'articuler les soins médicaux et les soutiens sociaux. Identifier les opportunités possiblement offertes sur le champ médical (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel – CATTP, hôpital de jour, ateliers de thérapie comportementale et cognitive), sur le champ social (atelier à la vie active, entreprise d'insertion, accompagnement vers et dans le logement – AVDL) et médico-social (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes présentant un handicap psychique – SAMSAH, Établissement et services d'aide par le travail – Esat), Groupement d'entraide mutuelle – GEM).
- Trouver des opportunités pour proposer à la personne qui souhaite se réengager dans une vie active des ouvertures possibles : rencontrer des entreprises, faire des stages ou des missions d'intérim, être parrainée par un responsable des ressources humaines par rapport à un projet professionnel identifié, trouver une formation, obtenir un poste, etc. Proposer à la personne d'évoquer ces orientations avec son médecin pour rechercher ensemble les environnements les plus propices à la mise en œuvre de ce projet.

POINT DE VIGILANCE

Malgré le souhait souvent exprimé d'avoir une activité professionnelle, les personnes vivant un handicap psychique sont très majoritairement sans emploi, inaptes au travail ou en situation d'invalidité du fait de leurs troubles[79]. Elles n'en expriment pas moins un besoin de participation à la société dans son ensemble, un besoin de se sentir estimé par les membres de la collectivité, d'avoir accès aux possibilités qu'elle offre, et d'avoir l'occasion de lui être utile[80].

- Construire une démarche de recherche de logement autonome pour la personne qui souhaite modifier ses conditions de vie quotidienne[81]. Repérer avec la personne l'ensemble des dispositifs à mobiliser et lui proposer de mobiliser avec elle les acteurs pouvant faciliter la qualité de son installation (SAAD, SSIAD, SPASAD, AVDL, FSL, CMP/EMPP, pairs experts, etc.). Aider à la transition[82]. Proposer à la personne d'échanger sur le sujet avec son médecin pour anticiper au mieux cette évolution.
- Évoquer avec la personne accueillie la question des liens familiaux et les possibles perspectives de reprise de contact avec sa famille. Construire, si elle le souhaite, les étapes de rencontres progressives.

[79] Le Roy-Hatala C., Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant d'un handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise, *Revue française des affaires sociales*, 2009, n° 1-2, pp. 301-319.

[80] Boardman J., Currie A., Killapsy H., et al., Social inclusion and mentale health, London: RCPsych Publications, 2010.

[81] Brandeleer C., Plakalo S., Stokkink D. *Habitat et inclusion sociale des personnes en situation de handicap en Europe,* Bruxelles : Pour la solidarité, 2013. 54 p. Coll. Études & Dossiers, Affaires sociales.

[82] Anesm. Assurer la continuité du parcours de la personne à l'entrée en logement. In : *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)*, Saint-Denis : Anesm, 2015. pp. 58-61.

ILLUSTRATION

Une personne accueillie avait rompu ses liens avec ses enfants suite à un parcours d'errance et différents épisodes de santé. Elle n'osait pas reprendre contact et observait ses enfants de loin lors des sorties d'école.

Progressivement, il a été possible d'évoquer cette question et de mettre en place des visites médiatisées qui ont joué sur son rétablissement.

POINT DE VIGILANCE

Particulièrement dans le domaine de la santé mentale, il n'est pas possible d'imaginer un parcours linéaire. Très peu de personnes ayant un accompagnement et/ou un traitement psychiatrique ont un parcours de soins sans rupture.

C'est parfois la soudaineté d'une crise qui peut générer de la violence pour la personne qui peut elle-même la répercuter sur son entourage.

Les professionnels doivent alors s'appuyer sur le vécu des personnes elles-mêmes et sur le savoir des partenaires de santé pour adapter leur accompagnement.

- En situation de crise et dans l'attente des secours ou de l'intervention de l'équipe de psychiatrie :
  - choisir parmi les professionnels présents celui qui se sent le plus à même de faire face à la situation afin d'adopter le comportement le plus rassurant possible auprès de la personne ;
  - chercher à retrouver le calme en évitant autant que possible de monter la voix, de faire des gestes qui pourraient être perçus comme menaçants ou intrusifs, de limiter la dimension « spectaculaire » sans pour autant s'isoler avec la personne dans un lieu clos (laisser la possibilité de sortir) ;
  - tenter de comprendre ce qui se passe en étant attentif aux effets du dialogue : fait-il monter la tension en s'enlisant, ou produit-il de l'apaisement ? Être attentif aux propos, aux attitudes qui peuvent être ressentis comme blessants ou dévalorisants ;
  - réunir les autres personnes autour d'un autre professionnel dans un lieu à l'écart : rassurer et écouter les personnes directement concernées.
- Adopter un abord à la fois réactif et calme pour faire face aux situations dites de « crise » d'autant plus si elles surviennent chez des personnes présentant des antécédents de troubles psychiatriques :
  - réaliser le recueil des faits dans leur chronologie au plus près de leur observation, afin d'éviter les facteurs de déformation par des récits partiels et indirects et pour apprécier l'impact du retentissement émotionnel sur les acteurs (personnes elles-mêmes, professionnels, autres personnes accueillies, etc.) ;
  - analyser le contexte de l'éclosion de la crise : éléments ou événements collectifs, institutionnels, personnels – dont une éventuelle rupture de soins, supposée ou avérée ;
  - recourir aux structures d'intervention d'urgence de droit commun guidé par la nature et l'intensité des comportements : police en cas de violences hétéro-agressives, 15 en cas de danger imminent pour la personne ;

- rentrer rapidement en contact, pour les personnes régulièrement suivies par une équipe soignante notamment psychiatrique, avec les soignants référents[83] ou disponibles afin d'engager une concertation sur l'opportunité et l'organisation d'une intervention diagnostique ou thérapeutique (visite de soignants du CMP, accompagnement aux urgences, dans un centre d'accueil, au CMP, etc.). L'éventualité d'une hospitalisation est à envisager dans ce cadre, selon les modalités correspondant au contexte de la situation de la personne ;
- informer la personne de confiance ou la personne exerçant une mesure de protection juridique de la situation ou à défaut le médecin indiqué par la personne.

REPÈRES JURIDIQUES SUR L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Selon la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses trois décrets d'application, il existe deux cas où la loi prévoit l'hospitalisation sans consentement :

• **les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT)** – si les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade et ou si l'état du malade impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier, soit d'une surveillance médicale régulière.

Il existe 3 types de SDT :

- SDT avec 2 certificats et une demande de tiers ;
- SDT dit de « péril imminent », possibles si aucun tiers n'a pu être trouvé et ne nécessitant qu'un certificat ;
- SDT d'urgence, avec une demande de tiers et un seul certificat.

La notion de tiers s'entend des membres de la famille ou de toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge le malade.

En aucun cas il ne peut s'agir de personnes en situation de conflit notoire avec le patient.

Le CHRS, en la personne d'un membre de l'équipe éducative ou d'un cadre pourra faire la démarche d'une hospitalisation sans consentement s'il justifie de relations antérieures avec le patient.

• **les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État (SDRE)** – Le SDRE peut se faire soit sur demande du Préfet, soit sur demande du maire :

- à la demande du représentant de l'État en département si les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public ;
- à la demande du maire en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes.

Dans tous les cas, les hospitalisations se font au vu d'un certificat ou d'un avis médical circonstancié.

Ces demandes d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un représentant de l'État interviennent nécessairement sur certificat médical circonstancié et pour ce qui concerne le maire, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes (art. L. 3213-1 et L. 3213-2 du Code de la santé publique).

[83] En référence aux informations recueillies dès les premiers entretiens. Cf. Chapitre I – Prise en compte de la santé dès le projet d'admission.

- Organiser un temps d'échange permettant l'analyse du moment de la crise avec les personnes accueillies qui le souhaitent, notamment celles directement impliquées. Faciliter la verbalisation des craintes et/ou des sentiments d'insécurité au sein de l'établissement. Ce temps de repérage et d'analyse des facteurs de risques est animé par des professionnels internes ou externes à l'établissement.
- Soutenir les professionnels qui ont eu à faire face à la crise pendant et après la situation en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles de psychiatrie et précarité.

REPÈRE JURIDIQUE SUR LA SPÉCIFICITÉ DE L'ACTION DES ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE

« (…) Le rôle des équipes de psychiatrie dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion est justifié par :

- *l'importance de réintroduire la parole et l'écoute. Celle-ci ne s'opère pas toujours de façon directe en présence de la personne, mais peut s'opérer dans l'aide apportée aux intervenants de première ligne, en leur permettant de se resituer dans leurs relations aux publics exprimant une souffrance ;*
- *la possibilité, par le soutien et la formation des intervenants sociaux, de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques et des besoins d'intervention, une orientation et un accompagnement adéquats vers le dispositif spécialisé ou non ;*
- *l'identification d'une pathologie psychosociale (dépersonnalisation, pathologies de la dépendance et de l'alcool, tentatives de suicide, états abandonniques et dépression) ;*
- *l'existence de situations aiguës, dans lesquelles la restauration de la dimension de la vie psychique est pour certains "grands exclus" la condition même de leur survie ;*
- *la présence de pathologies psychiatriques avérées dans les dispositifs sociaux ou en dehors de toute prise en charge. »*

Extrait de la circulaire DHOS/O2/DGAS/1A/1B/n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en place d'équipe mobile spécialisées en psychiatrie.

- Réaliser collectivement une analyse de la situation de crise avec les professionnels à partir du formulaire d'information relatif aux événements indésirables[84]. Définir les éventuelles actions correctives à réaliser et mettre en œuvre le plan d'action. Inclure dans les réunions d'équipes des points d'étapes sur les actions correctives mises en œuvre à la suite de situations de violences.
- Privilégier le contact direct avec la personne hospitalisée en se montrant disponible pour elle, et lui laisser choisir le moment où ce contact sera établi.

[84] Conformément à l'Annexe 2 de la circulaire n° DGCS/SD2A/2011/282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'État dans le département au titre de la protection des personnes. « Les informations relatives aux événements, incidents ou accidents (…) doivent être adressées par le directeur de l'établissement – immédiatement pour les situations les plus graves, dans les meilleurs délais (sous 48 h) pour les autres événements ».

POINT DE VIGILANCE

Selon le cas, la personne ne veut pas forcément que l'hôpital soit au courant de sa situation d'hébergement. Respecter le choix de la personne de révéler ou non les éléments de sa situation sociale aux professionnels hospitaliers et ce d'autant que ces derniers sont couverts par le secret professionnel.

- Inviter la personne à informer le personnel soignant de ses conditions de vie qui peuvent être totalement méconnues au moment de l'évaluation de la personne, notamment aux urgences : chambre partagée, fermeture du centre en journée, présence éducative, etc.
- Organiser avec la personne les modalités pratiques de mise en place d'éventuels soins post-hospitalisation décidés par le médecin. Évaluer avec la personne et le service social de l'hôpital l'opportunité de la mise en œuvre d'un dispositif d'aide au retour après hospitalisation (heures de ménages, courses)[85].
- S'informer du bon rétablissement de la personne à son retour. Identifier avec elle ses besoins (ajustement des horaires des repas, aide au déplacement, soutien à la scolarisation des enfants, etc.).

L'accompagnement des enfants

- Donner l'opportunité aux enfants, sous réserve de l'accord des parents, de verbaliser ce dont ils ont pu être témoins à l'occasion de leur parcours (vie à la rue, violences familiales, entre personnes, etc.). Signifier aux parents et enfant(s) de la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psychologique adapté à leur âge et leur degré de maturité.
- Reprendre avec les parents qui le souhaitent des problèmes qui ont été soulevés par l'école ou des problèmes qu'ils ont repérés chez leur enfant et pour lesquels ils se sentent démunis. Les rassurer, les soutenir et les orienter selon la situation vers la médecine scolaire, la PMI, les Camsp, les Points d'accueil écoute jeunes (PAEJ), les maisons des adolescents ou encore les centres spécialisés dans l'accompagnement des victimes de tortures[86].
- Proposer aux parents une préparation aux réunions organisées au sein des écoles par l'aide sociale à l'enfance. Identifier préalablement avec eux les différents arguments qu'ils pourront présenter concernant les difficultés que rencontrent leur enfant et les solutions qu'ils ont pu mettre en place.
- Proposer à la famille de distinguer les accompagnements au sein du CHRS (celui de la famille et celui spécifique de l'enfant) mené par un référent commun ou non.

[85] Il peut s'agir de financements CPAM ou CARSAT sous certaines conditions ou encore de mutuelles santé.

[86] Réseau francophone de soins et d'accompagnement pour les exilés victimes de torture et de violence politique (RESEDA) : https://reseaureseda.wordpress.com/quest-ce-que-reseda/

6 DÉVELOPPER LES DÉMARCHES DE PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES, DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS AUX ADDICTIONS

Enjeux et effets attendus

Les addictions sont de natures diverses : alcools, tabacs, drogues, jeux, aliments, sexe. Elles n'épargnent aucune catégorie sociale. Il n'est donc pas étonnant qu'on les retrouve associées aux formes multiples d'exclusion, pour la recherche d'une euphorie passagère et l'oubli d'une condition vécue souvent comme sans avenir, en particulier par des jeunes.

Ce sont donc des situations fréquentes parmi les populations accueillies dans les CHRS auxquelles doivent faire face les professionnels. Face à cette réalité, les professionnels des CHRS adaptent leurs pratiques et travaillent pour et avec les personnes dans un objectif de réduction des risques et d'accompagnement vers le soin.

La Réduction des Risques (RDR) a comme objectif prioritaire de réduire les risques médicaux, psychologiques, sociaux, de prévenir les dommages, et d'éviter l'aggravation des usages. Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RDR reconnaît les personnes comme des sujets responsables et citoyens, capables de faire des choix et, pour peu qu'on leur en donne les moyens, de se protéger et de protéger autrui.

Si les thérapeutes travaillent avec les personnes sur les causes de leur(s) addiction(s), les professionnels des CHRS ont, eux, à travailler sur les conséquences dans la vie quotidienne et sur le parcours des personnes accueillies[87].

C'est donc dans le cadre de liens très étroits avec les professionnels de santé (médecin, addictologue, psychologue ou psychiatre) que les professionnels de CHRS sont amenés à intervenir.

L'enjeu est alors de passer du constat fréquent d'exclusion des personnes souffrant d'addiction à leur « inclusion active », c'est-à-dire de développer avec elle des projets tenant compte voire incluant leur problématique[88].

- La personne envisage la réduction des risques liés à ses consommations non comme un objectif à atteindre mais comme une étape vers la restauration de son bien-être et de sa qualité de vie.
- Les professionnels disposent des connaissances suffisantes et comprennent les mécanismes liés aux addictions pour proposer un accompagnement adapté aux personnes.

[87] Flamand M., *Étude sur les conduites addictives des personnes hébergées en CHRS en Haute-Normandie,* Rouen : ORS Haute-Normandie, 2010.

[88] Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques. Un enjeu quotidien.* Lyon : CERPE, DGS, 2014. 100 p.

RECOMMANDATIONS

- S'appuyer sur des outils d'aide au repérage des consommations addictives, notamment « l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève – alcool, cannabis, tabac chez l'adulte »[89] ou encore le « Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique du cannabis chez les adolescents »[90] pour échanger avec les personnes de leur consommation importante de produit psycho-actif (alcool, tabac, drogue) ou d'activité à risque d'addiction (jeux, alimentation, sexe).
- Informer les parents de l'existence de réseaux d'accompagnement pour leur(s) enfant(s) (Maison des adolescents, Point d'Accueil Écoute Jeunes, Centre Médico Psychologique enfants et adolescents, PMI, infirmières scolaires, etc.) et apprécier avec eux l'opportunité d'y orienter leur(s) enfant(s). Dans les situations de consommations de substances psychoactives par des enfants, les orienter vers les réseaux d'accompagnements spécialisés (Consultations jeunes consommateurs, Csapa, etc.).
- Présenter de manières adaptées et variées (affichage, échanges oraux, etc.) à la personne qui se confie à un professionnel du CHRS sur ses consommations ou sur ses conduites à risques, les acteurs qu'il peut solliciter seul et/ou avec ses parents (dans le cas d'un mineur accompagné), pour être écouté, soutenu et si besoin accompagné vers des soins.
- Diversifier les modalités d'échanges relatives à la question des addictions : en individuel ou en collectif (groupes de paroles, ateliers d'expression collective, de socio-esthétique, de nutrition, sorties en groupes, etc.) afin de maximiser les chances d'accroche par les personnes accueillies. Ces actions peuvent être animées par des bénévoles, des professionnels du CHRS ou des partenaires en s'appuyant pour cela sur des associations d'anciens malades (ex-usagers), d'auto-supports (usagers de produits psycho-actifs) et sur les professionnels de Csapa ou de Caarud. Elles sont notamment l'occasion :
  - d'aborder la question de l'addiction par le biais de la santé et des bénéfices relatifs à la santé que la personne pourra retrouver si elle engage des soins ;
  - de sensibiliser les personnes aux cadres légaux relatifs aux consommations (tolérées, autorisées, interdites), addictions, trafics, etc ;
  - d'organiser des ateliers ludiques dans un objectif de déculpabilisation et d'échange autour des consommations ;
  - de rendre possible la parole et l'échange sur la consommation de produits et sur les conduites addictives.

[89] Cet outil est téléchargeable gratuitement sur le site internet de la HAS : <www.has-sante.fr/>

[90] Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site internet de la Fédération addiction : <www.federationaddiction.fr/>

ILLUSTRATION

Cet établissement a proposé à des jeunes adultes de construire des sessions de sensibilisation aux comportements à risque comprenant autant les sujets des addictions, que les comportements à risques : sexuels, conduite de véhicule, etc. L'objectif était de parler de comportements qui sont attrayants par l'adrénaline qu'ils supposent délivrer mais également sur les impacts plus ou moins dommageables sur soi-même et sur son environnement.

Il s'agissait de construire une intervention avec des jeunes volontaires mais aussi d'inviter toutes les personnes de l'établissement qui souhaitaient aborder le sujet.

POINT DE VIGILANCE

Les parcours sont construits par des avancées et des rechutes. L'attention doit être portée sur les aspects d'avancée positive et de déculpabilisation pour maintenir un échange verbal, un contact avec la personne.

ILLUSTRATION

Partant du constat des difficultés pour la mise en œuvre de soins par les personnes accueillies dans un CHRS, une équipe mobile d'un Csapa se déplace au sein du CHRS, pour réaliser les soins ambulatoires sur le site (CHRS). Cette démarche peut amener, dans un second temps, la personne à se déplacer à l'extérieur du CHRS pour bénéficier de ces mêmes soins.

D'autres solutions intermédiaires ont été trouvées dans le cadre de ce partenariat entre le CHRS et le Csapa pour des consultations délocalisées, à la demande, au sein du CHRS. L'expérience de permanence a cependant montré qu'elles étaient très peu utilisées. Mais la consultation au cas par cas peut être efficace.

Lorsqu'une prise en charge ambulatoire est réalisée au Csapa à l'hôpital, il peut y avoir un accompagnement physique de la personne par un travailleur social.

- Évoquer individuellement les niveaux et les moments de consommation qui sont pour la personne les plus importants. Apprécier son souhait de modulation ou d'arrêt de sa consommation. Déterminer avec la personne, et dans le respect du règlement de fonctionnement, un cadre personnalisé de consommations/d'abstinence en cohérence avec son parcours. Échanger avec elle sur sa position par rapport au produit (déni/acceptation), son parcours de soin (abstinence, substitution, réduction des risques, sortant de post cure, etc.), ses projets (désir d'enfant, séparation du couple, etc.).

POINT DE VIGILANCE

Les addictions, attitudes ou consommations de produits licites comme illicites sont une donnée bien moins souvent abordée pour un public féminin[91].

Il n'existe pas de critère définitif pour repérer une personne en difficulté avec un produit. Cette situation ne peut s'aborder que par une écoute et un intérêt porté à la personne.

- Échanger avec la personne qui ne souhaite pas engager des soins sur les adaptations à mettre en œuvre dans l'accompagnement, sans engendrer des problèmes au sein du collectif, pour ne pas accentuer la consommation et viser un maintien voire une diminution de celle-ci. Recueillir les propositions de la personne et l'informer d'un partage de ces informations en réunion d'équipe afin de co-construire les solutions les plus adaptées. L'inviter si elle le souhaite à cette co-construction.
- Échanger en équipe et avec la personne quand elle le souhaite sur les stratégies à adopter en cas de consommation pour maintenir une verbalisation de cette difficulté et améliorer sa qualité de vie.

POINT DE VIGILANCE

Le caractère légal et convivial d'une cigarette banalise le risque addictif et le problème de santé personnelle et publique de sa consommation.

- En fonction de la demande de la personne, faciliter l'accès des personnes accueillies qui sont engagées dans les soins (thérapie comportementale, activités manuelles, relationnelles…) et mobiliser la personne sur ses démarches en identifiant avec elle les modifications engendrées sur sa vie quotidienne.
- Transmettre à la personne une liste des partenaires spécialisés dans le traitement des addictions. Cette liste doit comporter a minima les coordonnées des structures ainsi que (dans la mesure du possible) le nom d'une personne ressource[92].
- Présenter à la personne qui le souhaite le cadre possible d'accompagnement aux soins. Se tenir à sa disposition pour la mise en place d'une démarche de soins. Respecter la temporalité dans laquelle la personne envisage ses soins.
- Intégrer la prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages liées aux pratiques addictives dans les objectifs d'accompagnement des personnes accueillies[93].

[91] Association la Passerelle. *Guide des structures ressources pour un public féminin,* Focus sur les addictions. Elbeuf : Association La Passerelle, 2014. 46 p.

[92] Association La Passerelle. *Guide des structures ressources pour un public féminin Focus sur les addictions. Elbeuf : Association La Passerelle, 2014. 46 p. :* Consultable sur: http://www.federationaddiction.fr/ (accès le 29/07/2015).

[93] ANPAA, RDR *Alcool - Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool,* Paris : ANPAA, 2012, 66 p.

- Évoquer, après coup, avec la personne qui a vécu des périodes d'alcoolisation massive associées ou non à des attitudes déplacées à l'égard d'autres personnes accueillies les questionnements que cela a pu soulever au sein de l'équipe (dangerosité pour lui-même, à l'égard des autres, frein dans l'accès au logement, à l'emploi, à la rencontre avec ses enfants, etc.) et lui signifier la disponibilité des professionnels du CHRS pour en parler avec elle.
- Sensibiliser les personnes accueillies aux nuisances possibles produites par leur consommation.

ILLUSTRATIONS

Dans ce CHRS, il est organisé des équipes composées de professionnels et de personnes accueillies, de ramassage des déchets. Il est mis à disposition des outils pour leur collecte : containers pour les seringues, poubelles et cendriers aux abords du lieu d'accueil… ce qui permet d'améliorer la propreté des abords et de renseigner les professionnels sur les lieux de consommation.

Dans ce CHRS, une règle est fixée : « Quand tu as trop bu, tu dors ou tu sors. ». *Les personnes trop alcoolisées ont un entretien le lendemain pour prendre conscience du retentissement de leur alcoolisation sur les autres résidents.*

- Réévaluer régulièrement, avec les professionnels et les personnes accueillies, le positionnement de l'établissement face à la consommation d'alcool au sein du CHRS. Envisager des pistes d'évolution des pratiques réalistes, adaptées aux besoins et protectrices des personnes accueillies, comme par exemple :
  - une autorisation de consommation d'alcool dans les espaces privatifs ;
  - la proposition de stocker l'alcool à l'entrée du CHRS ;
  - des régulations spécifiques aux personnes dans le cadre de protocole de soins individualisés orchestré par l'addictologue en charge de la personne accueillie.

  Cette organisation doit être pensée en cohérence avec la taille de l'établissement, ses modalités d'hébergement (chambres individuelles ou partagées), son organisation (diffus ou collectif), le(s) public(s) accueillis (hommes seuls, familles avec enfants, etc.) ; elle doit également être évolutive.

ILLUSTRATION

Dans un CHRS, il est proposé aux personnes d'accompagner leur consommation. Une personne qui boit aujourd'hui 6 bières par jour données par l'infirmière, avant buvait beaucoup de bouteilles de rosé. Aujourd'hui, il a encore des alcoolisations massives de temps en temps, mais de moins en moins. Il est constaté une évolution dans les rapports que les professionnels entretiennent avec cette personne. De vraies conversations sont désormais possibles avec ce monsieur. Il commence à prendre soin de lui.

Cela questionne beaucoup les pratiques des professionnels, les nouveaux sont étonnés, « Est-ce normal qu'on donne à boire de l'alcool ? ».

Cela demande un accompagnement des équipes : de la formation, des apports de connaissance mais on voit les résultats sur la qualité de vie de la personne.

- Proposer à la personne qui paraît être de nouveau en difficulté avec sa consommation de produits de réinvestir des activités connues comme pouvant lui procurer une estime de soi positive.
- S'appuyer sur les acteurs de l'addictologie pour faire évoluer les pratiques (représentations des professionnels face à la prise en charge de la maladie alcoolique) et les organisations (positionnement de l'établissement face à l'interdiction ou non de présence de produits au sein de l'établissement). Organiser et animer des réunions sous la forme participative pour entendre le positionnement des personnes accueillies consommatrices ou non, des soignants et des professionnels du CHRS (équipe de nuit comme de jour).
- Veiller à la sécurité sanitaire et inscrire dans le contrat de nettoyage du lieu celui des abords. Proposer de former le personnel dédié au ramassage sécurisé des déchets d'injection.
- Identifier un professionnel dédié à la médiation, qui soit référent sur la question des addictions et de la réduction des risques pour l'équipe mais aussi pour les riverains et les institutionnels, favorisant la transmission d'information et un positionnement clair de l'institution auprès de ses partenaires.
- Élaborer avec l'environnement des relations afin de rassurer les riverains, il peut s'agir :
  - de charte de « bon voisinage » proposant des engagements de part et d'autre ;
  - de participer à des actions collectives du quartier : animations de quartier de type repas de quartier, manifestations culturelles. La participation se fait alors en tant que riverains, au même titre que d'autres riverains engagés dans ce moment fort de la vie locale ;
  - s'enquérir régulièrement des difficultés rencontrées avec les personnes accueillies (réelles ou supposées) auprès des personnes du quartier : habitants, commerçants, acteurs éducatifs, médicaux et sociaux, etc. ;
  - d'organiser des portes ouvertes ou des occasions de faire entrer les riverains dans les locaux et impliquant professionnels et personnes accueillies, et en assurer la continuité dans le temps (annuelles ou biennales) ;
  - de participer aux conseils de quartier, aux groupes de travail portés sur le territoire de référence de type CLSPD (conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance), aux assemblées générales des comités de commerçants, au syndicat de copropriété.

L'essentiel

VALORISER L'IMAGE DE SOI ET DÉVELOPPER LES SITUATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE PARTICIPATION

- Fournir toutes les informations nécessaires à la personne accueillie pour qu'elle puisse se saisir des solutions offertes dans l'environnement proche du CHRS et qui répondent à ses intérêts et préoccupations.
- Diversifier les occasions de renforcer les potentialités d'action de la personne, multiplier les rencontres avec des pairs afin de faciliter la prise de parole dans des instances de décisions relatives à la santé et au bien-être, au sein du CHRS et dans les espaces de démocratie sanitaire.

INTÉGRER DANS LE PROJET PERSONNALISÉ DES ORIENTATIONS EN FAVEUR DE LA SANTÉ

- Synthétiser avec la personne ses besoins en santé, les acteurs médicaux et médico-sociaux impliqués dans son parcours de soin et définir avec elle comment l'accompagnement du CHRS peut étayer les démarches en cours et/ou à mener.
- Outiller la personne dans la prise en charge de sa santé en repérant les acteurs médicaux et médico-sociaux sur lesquels elle peut appuyer sa démarche.

ORGANISER DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION ADAPTÉES AUX PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES PAR LES PERSONNES ACCUEILLIES

- Construire avec les personnes accueillies et les partenaires du territoire des sessions de sensibilisation sur des thématiques identifiées et partagées.
- Organiser l'animation des sessions de prévention et d'éducation en intégrant divers types d'intervenants choisis pour leur proximité, l'accessibilité de leur propos, leur connaissance du sujet. Il peut s'agir de professionnels, de personnes accueillies, d'associations de malades ou d'anciens malades.
- Anticiper les modalités de gestion des hospitalisations de la personne et de sa famille.
- Organiser l'intervention de partenaires médicaux, paramédicaux et/ou médico-sociaux œuvrant sur le champ de la prévention et informer les personnes accueillies des modalités pour les rencontrer.

PARTAGER AVEC LES PERSONNES ACCUEILLIES LES DIFFICULTÉS QU'ELLES RENCONTRENT DANS LEURS DÉMARCHES D'ACCÈS À LA SANTÉ

- Préparer avec la personne qui en a besoin, les rencontres avec les acteurs médicaux, déterminer avec elle la nécessité d'un accompagnement physique au rendez-vous.
- Mobiliser la personne sur son parcours de santé en proposant d'intervenir à différents niveaux (explication de documents médicaux, mise en relation avec un ou plusieurs personnel(s) soignant(s), etc.)

- Analyser en équipe les situations pour lesquelles la personne rencontre des difficultés (renoncement aux soins, refus de soins, mise en œuvre de soins pour les enfants, gestion des médicaments, etc.). Construire en équipe les modalités d'accompagnement visant à aider la personne à dépasser ces situations tout en maintenant sa mobilisation.
- Questionner collectivement les termes du règlement de fonctionnement lorsque celui-ci freine la mise en œuvre des parcours de santé des personnes accueillies.

IDENTIFIER LES CONTEXTES LES PLUS SALUTAIRES POUR FAVORISER UNE STABILISATION DE LA SANTÉ MENTALE

- Encourager l'expression de la personne pour identifier avec elle les moments, lieux, rencontres qui lui sont difficiles à supporter. Convenir avec elle des modalités à mettre en œuvre ou à considérer dans ces périodes délicates.
- Orienter vers les services spécialisés la personne ou l'un des membres de sa famille qui ne serait pas déjà en contact et qui évoque des souffrances psychiques.
- Proposer à la personne de convenir avec le service psychiatrique ou le médecin traitant (selon la situation) qui la suit d'un protocole de soin adapté au cadre de vie du CHRS.
- Valoriser les savoir-faire de la personne autant dans les actions de participation du CHRS que dans les opportunités offertes dans l'environnement proche et répondant à ses intérêts (emploi, logement, vie de famille, etc.).
- Engager des partenariats avec les équipes des secteurs de la psychiatrie afin d'articuler les accompagnements.
- Anticiper les situations de crises, les gérer et contribuer au rétablissement d'un climat serein.

DÉVELOPPER LES DÉMARCHES DE PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉES AUX ADDICTIONS

- Échanger avec la personne qui souhaite aborder son addiction (consommation de produit ou conduites à risques) sur son adhésion à une démarche de soin, sur ses relations avec des acteurs spécialisés. Lui proposer d'intégrer dans son projet personnalisé ses démarches de prévention des conduites addictives et/ou de réduction des risques et des dommages qu'elle aura définies.
- Diversifier les modalités d'échanges autour de la question des addictions afin de conduire les personnes qui sont dans le déni à prendre soin d'elle et à réduire les dommages causés par leur addiction.
- Faciliter la mise en œuvre des soins de la personne en ajustant autant que possible l'organisation du CHRS et en maintenant l'équilibre général du projet d'établissement.

- Analyser en équipe et avec les personnes accueillies l'impact de la mise en œuvre de pratiques de prévention et de réduction des risques et des dommages liées aux addictions sur leur qualité de vie.
- Engager des partenariats spécialisés en addictologie pour faire évoluer les pratiques, les représentations et offrir un accompagnement adapté aux nouveaux modes de prise en charge de ces pathologies.

CHAPITRE 3

Un projet d'établissement intégrant les actions d'accompagnement personnalisé d'accès à la santé

1 DÉFINIR LA STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU CHRS

Enjeux et effets attendus

Exposer clairement les axes stratégiques du CHRS au sein du projet d'établissement favorise l'adoption d'une démarche rigoureuse et partagée de promotion de la santé allant de l'identification des priorités à l'accompagnement des personnes accueillies.

C'est aussi un moyen de communiquer largement en interne autant qu'en externe (auprès des membres d'un Conseil d'Administration, des financeurs, des partenaires opérationnels, et bien sûr de l'ensemble des professionnels et des personnes accueillies), sur l'importance de la santé dans le parcours d'insertion des personnes accueillies.

Dans le cadre des établissements, les axes stratégiques définis dans le projet d'établissement s'appuient sur :

- *des principes d'action,* en valorisant la santé dans des documents qui font référence (les conditions d'admission, d'hébergement, les règlements de fonctionnements, les procédures d'organisation internes, etc.) ;
- *l'environnement concret et quotidien des personnes accueillies,* en s'attachant aux questions d'hygiène des locaux, d'équilibre alimentaire dans les repas proposés ou encore en veillant à la tranquillité des lieux et temps de repos dédiés (l'environnement sanitaire, l'aménagement des espaces de repos, etc.) ;
- *des actions collectives,* en favorisant l'action des personnes accueillies elles-mêmes (organiser des groupes projets sur des thématiques de santé et de bien-être, sensibiliser les responsables de CVS, etc.) ;
- *des actions individuelles,* en aidant au développement des potentialités de chaque personne accueillie en toute autonomie (co-construire les conditions de la prise en main de sa santé) ;
- *des partenariats institutionnels,* en les informant des problématiques rencontrées et des hypothèses de solutions (informer les ARS et DDCS des problématiques recensées au sein des populations accueillies et identifier les besoins non satisfaits sur le territoire, etc.).

La définition de ces axes stratégiques est propre à chaque établissement. Il n'existe pas de modèle d'organisation concernant l'accompagnement à la santé. « La mise en œuvre de l'accompagnement santé nécessite une réflexion propre à chacun, une organisation interne spécifique et un diagnostic territorial »[94].

- Il existe une cohérence dans le sens et les enjeux de l'ensemble des documents qui valorisent la promotion de la santé : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, livret d'accueil et procédures.
- La personne accueillie participe à l'identification des problèmes et des besoins ainsi qu'à la définition des solutions qui lui sont proposées.
- L'établissement s'implique dans les instances et groupes de travail relatifs à la santé mis en place au niveau de son territoire. Il recherche et mobilise des partenariats.

[94] FNARS, < http://www.fnars.org/champs-d-action/sante >

REPÈRES JURIDIQUES SUR LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ

La loi de modernisation de notre système de santé de 2015 transforme les pôles de santé en des « Communautés professionnelles territoriales de santé » qui comprennent notamment des équipes constituées autour de médecins généralistes de premier recours. Ces équipes contribueront à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Ces équipes permettront de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Elles devront établir des liens avec les acteurs sociaux et médico-sociaux et impliqueront un dialogue avec les représentants des patients pour une démocratie sanitaire effective dans les territoires, et avec les collectivités locales qui souhaitent s'engager. (Art. L. 1434-12 du nouveau code de la santé)

RECOMMANDATIONS

- Définir dans le projet d'établissement, en fonction des moyens disponibles et des partenariats, un objectif d'accompagnement global de la santé en positionnant le CHRS non seulement sur un rôle d'information mais aussi sur celui du développement des apprentissages sur les questions de santé (accroissement du pouvoir d'agir sur les déterminants de celle-ci). Il spécifie comment ses pratiques auprès des personnes accueillies pour l'accès à l'emploi, au logement ou encore à la culture vont participer au rétablissement d'une situation qui est en déséquilibre[95]. Au regard de l'évolution de la population accueillie, il prévoit, suivant son agrément et ses moyens, les organisations permettant la mise en œuvre de soins curatifs, de soins de réadaptation et de soins palliatifs comme composantes potentielles du projet d'accompagnement personnalisé.
- Caractériser les choix de l'établissement quant aux actions à mener en direction de la santé, au regard de :
  - la description des besoins en santé des personnes accueillies ;
  - la considération de l'environnement des personnes accueillies dans la mise en place des actions de promotion de la santé ;
  - la prise en compte des savoirs et savoir-faire issus d'expérience(s) du même type (forces et faiblesses) ;
  - la mise en perspective des choix fait dans le domaine de la santé par le CHRS avec les priorités définies par les politiques publiques ;
  - l'appréciation des enjeux, issus des rapports entre les différents acteurs concernés par les actions de promotion de la santé de son territoire.

[95] En référence aux travaux expérimentaux d'un Chez soi d'abord ou du projet EMILIA pour la France, et des exemples aux États-Unis avec le WRAP (Wellness Recovery Action Plan : plan d'action de rétablissement et de bien être) et aux Pays Bas avec le programme TREE (Towards Recovery, Empowerment and experiential expertise : Vers le rétablissement, l'empowerment, et l'expertise de l'expérience).

- Préciser dans le projet d'établissement :
  - les possibilités d'accompagnement médical et paramédical au sein de l'établissement et leur limite ;
  - les structures ressources du territoire permettant d'assurer un suivi médical des soins courants, des actions de prévention et d'éducation à la santé, le recours à des spécialistes (notamment pour les soins bucco-dentaires, gynécologiques, en alcoologie ou encore psychiques) et des actes infirmiers (réalisation d'examens biologiques, de radiographie, etc.).
- Valoriser les conditions d'hébergement énoncées en évoquant les possibilités d'être accueilli dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, d'une grossesse, etc. Si tel n'est pas le cas, présenter les solutions alternatives proposées : l'accueil en lits halte soins santé, en lit d'accueil médicalisé, en résidence sociale, en centre maternel, etc.

REPÈRES JURIDIQUES SUR L'ACCUEIL DES FAMILLES EN CHRS

Un CHRS peut accueillir des familles avec enfant de moins de trois ans s'il a une double habilitation État et Département selon l'article L. 221-2 du CASF qui énonce *« le département doit en outre disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec leurs enfants. Pour l'application de l'alinéa précédent, le département peut conclure des conventions avec des collectivités territoriales ou recourir à des établissements et services habilités. »*

« Toute personne participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Elle est tenue de transmettre sans délai au président du conseil départemental ou au responsable désigné par lui toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs et leurs familles peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs susceptibles de relever du Chapitre VI du présent titre. »

- Définir, en concertation avec les professionnels et les personnes accueillies, des critères d'admission au CHRS qui peuvent être :
  - l'ordre chronologique de dépôt de candidature ;
  - l'urgence de la situation (personnes victimes de violence, personne à la rue, etc.) ;
  - l'adéquation forte entre les besoins et attentes de la personne et le projet d'établissement, notamment du point de vue de la santé de la personne (locaux adaptés, possibilités de mise en œuvre de soins en interne, etc.) ;
  - la proximité géographique avec des lieux de soins spécialisés, le lieu de travail, de garde d'enfants ;
  - la présence de personnel soignant ou l'existence de convention avec des services spécialisés (psychiatrie, addiction, soins palliatifs, etc.) ;
  - etc.
- Faire adopter ces critères de priorisation en conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, après concertation et négociation avec les autorités de contrôle et de tarification (DDCS, DRIHL) et le SIAO. Les faire figurer dans le projet d'établissement, le livret d'accueil et tout document de présentation de l'établissement. Vérifier que les documents d'habilitation et notamment la convention citée à l'article R. 345-1 reprend les caractéristiques ainsi définis.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LA DÉCISION D'ACCUEILLIR UNE PERSONNE ACCUEILLIE EN CHRS

Vérifier que les documents d'habilitation et notamment la convention citée aux articles L. 345-3 et R. 345-1 du CASF reprennent les caractéristiques ainsi définies.

L'article R. 345-4 du code de l'action sociale et des familles précise que la décision d'accueillir, à sa demande, une personne ou une famille est prononcée par le responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale à l'administration.

La décision tient compte de la **capacité du centre**, des **catégories de personnes qu'il est habilité** à recevoir ainsi que des activités d'insertion qu'il est habilité à mettre en œuvre et qui sont **mentionnées dans la convention citée à l'article R. 345-1**. *« Elle est prise pour une durée déterminée, après évaluation de la situation de la personne ou de la famille. (…) La décision d'accueil mentionnée au premier alinéa est transmise sans délai au préfet, accompagnée de la demande d'admission à l'aide sociale signée par l'intéressé et des documents qui la justifient. En l'absence de réponse dans le mois qui suit la réception, la demande est réputée acceptée. La décision de refus d'accueil, prononcée par le responsable du centre d'hébergement et de réinsertion sociale, est notifiée à l'intéressé sous la forme la plus appropriée.* ***Cette décision doit être expressément motivée.*** »

L'article 225-1 du Code pénal précise que constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

- Informer les partenaires, notamment le SIAO, des évolutions de l'organisation du CHRS ayant un impact sur les capacités de prise en charge de personnes présentant des problématiques de santé spécifiques (accès pour les personnes à mobilité réduite, possibilité de chambres individuelles, possibilité de cuisiner sur place, etc.).
- Dans le cadre de la démarche d'évaluation[96], questionner les motifs excluant sur certains besoins en santé des personnes accueillies (pas d'accessibilité aux personnes en fauteuils roulants, pas d'accueil 24 h/24 h, interdiction totale de consommation d'alcool dans l'établissement, chambres partagées, etc.) afin d'étudier collectivement le bien-fondé du projet d'établissement et d'engager les ajustements nécessaires.

Apports des partenariats

- Inscrire le CHRS dans les instances et groupes de travail territoriaux et y partager les problématiques de santé identifiées chez et avec les personnes accueillies dans le cadre notamment de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets régionaux de santé (PRS), des conseils locaux de santé mentale (CLSM), des politiques de la ville, des programmes départementaux d'insertion (PDI) ou encore des conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD).

[96] Référence à la RBPP EI inclusion sociale et/ou au Guide méthodologique de la FNARS, p. 46-47 « Comment évaluer le processus de l'accompagnement santé? ».

- Garantir la diversité et la complémentarité des approches de la santé sur le territoire d'implantation de l'établissement par la mobilisation des ressources pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. Pour cela, co-construire les termes des conventions avec le(s) partenaire(s), la DDCS et l'ARS comprenant *a minima* :
  - l'objet, le motif du partenariat ;
  - les conditions préalables au partenariat, notamment l'information des personnes accueillies sur les effets de ce partenariat pour elles ;
  - les modalités d'articulation entre les partenaires ;
  - la responsabilité commune à l'égard des personnes accueillies et les engagements spécifiques des partenaires ;
  - les modalités d'ajustement par une évaluation continue des modalités de mise en œuvre de ces partenariats ;
  - les modalités d'évaluation finale, de communication et de mutualisation des connaissances issues de ce partenariat.
- Conventionner avec les partenaires, notamment en précisant :
  - les modalités d'accompagnement des personnes accueillies pour accéder à ces ressources, en fonction de leurs besoins et avec un rappel de leurs droits ;
  - les modalités de partage d'informations sur la situation des personnes dans un cadre contraint tenant compte à la fois du secret médical et du secret professionnel ;
  - les temporalités d'évaluation des actions des différents intervenants. Spécifier sur ce point comment les personnes accueillies sont intégrées à cette évaluation.

Le projet d'établissement comprend en annexe les documents conventionnels.

ILLUSTRATIONS

Un département finance depuis plusieurs années dans le cadre de son PDI et par conventionnement 8 équivalents temps plein d'« infirmiers agents de santé ». Ces infirmiers prennent en charge les bénéficiaires du RSA socle pour une durée de 6 mois renouvelable. L'instauration de ces agents de santé a fait suite au constat que « 30 % des contrats d'engagement réciproque comportaient des objectifs autour de la question du soin et que les contrats étaient renouvelés selon les mêmes termes sans que la situation n'ait évolué entre temps ». De plus, les travailleurs sociaux se disaient démunis face à cette question et disaient ne pas avoir les moyens de mettre en place un accompagnement satisfaisant pour rapprocher du soin des personnes qui en étaient parfois éloignées depuis très longtemps. Ces infirmiers agents de santé représentent une ressource importante sur le territoire, avec laquelle les professionnels des CHRS peuvent travailler pour et avec les personnes accueillies.

Un CHRS a une convention avec le SIAO qui met à disposition du temps infirmière sur les 9 CHRS de son territoire. L'infirmière, présente 3 h 30 par semaine dans le CHRS, a pour mission de recevoir les personnes accueillies qui le souhaitent et de venir en soutien des professionnels notamment quand un travail de médiation doit avoir lieu entre la personne et son médecin généraliste ou spécialiste.

ILLUSTRATION

Un CHRS a élaboré une convention avec un hôpital avec comme interlocuteurs principaux les chefs de service. La convention spécifie la complémentarité des acteurs et reconnaît les orientations et compétences spécifiques dans l'accompagnement proposé à la personne concernée. Elle prévoit des temps de synthèse complétés par des échanges/rencontres entre professionnels dans le respect des règles attachées au secret professionnel.

- Identifier localement les médecins traitants existants, les rencontrer pour leur présenter les objectifs de l'établissement, son personnel et les populations qu'il accueille. Recenser avec eux leurs modalités de consultation, les espaces de rendez-vous plus aisés pour prendre un peu de temps avec les personnes accueillies qui ne réussissent pas forcément à formuler clairement leur demande et/ou pour qui l'éducation thérapeutique prendra un peu plus de temps.
- Identifier et rencontrer les pharmaciens locaux pour faciliter l'accès aux médicaments des personnes en attente d'ouverture de droits et pour insister sur la mission d'aide à la compréhension des maladies et des prescriptions ainsi que sur le rôle important qu'ils jouent dans l'information, la prévention, le dépistage de maladie et les conseils d'orientation qu'ils sont appelés à formuler.

2 CONSTRUIRE LES PROCÉDURES NÉCESSAIRES À LA PROTECTION DES PERSONNES

Enjeux et effets attendus

Les procédures peuvent être de nature et d'objets très variés. Elles ont notamment vocation à traiter des situations d'urgence, des risques épidémiques et de transmission de certaines maladies ou encore de la gestion des traitements médicamenteux.

Construites à partir de la réglementation et en concertation avec les personnes accueillies, elles encadrent l'action des professionnels, en termes de prévention autant qu'en termes d'action à mener dans les situations d'urgence.

Les procédures incluent le recours à des partenaires identifiés et compétents pour venir en soutien à l'action de l'établissement.

Les définitions des procédures de travail doivent être régulièrement mises à jour et portées à la connaissance de tous les professionnels pour garantir un environnement rassurant et protecteur pour les personnes accueillies.

- Les personnes accueillies comme les professionnels sont parties prenantes dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et de mise à jour de ces procédures.
- Les risques de violence ou de contagion sont limités en situation d'urgence médicale ou sanitaire afin de protéger les personnes accueillies.
- Les ressources partenariales sont sollicitées pour autant que nécessaire.

RECOMMANDATIONS

- Recenser les procédures existantes au sein de l'établissement et mettre en synergie les connaissances et compétences de l'ensemble des professionnels pour leurs mises à jour. Dans le cadre de création, rechercher l'existence de procédure au sein des établissements environnants ou en questionnant les réseaux de partenaires afin de les ajuster à la situation particulière de l'établissement.
- Évaluer, au gré de la survenue d'événements au sein de l'établissement, de l'application ou non des procédures préétablies et réfléchir collectivement aux points forts et points d'amélioration à envisager.
- Déterminer collectivement et au regard des compétences et formations respectives, les modalités de mise en œuvre concrètes des actions prévues dans les procédures : qui fait quoi ? À quel moment ? Pour quoi ? Sous la responsabilité de qui ? Etc.
- Nommer des professionnels « référents » sur des thématiques précises (hygiène, secourisme, incendie, etc.). Cette désignation n'entraîne pas systématiquement la seule compétence et/ou responsabilité de la personne nommée mais favorise le recueil, le suivi et l'organisation des informations sur chaque thématique ; l'ensemble de la démarche restant de la responsabilité de la gouvernance de l'établissement.
- Construire les modalités de saisine de la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) notamment dans les situations de défaut de soins et de vaccinations des enfants et/ou de comportements des parents mettant l'enfant en risque de danger ou en danger (violences, addictions, négligences, maltraitance, etc.). Une démarche éducative progressive et lisible des personnes accueillies comme des professionnels est établie. Elle comprend *a minima* :
  - une mobilisation des parents sur les soins à apporter à leurs enfants ;
  - une réunion de synthèse entre professionnels sur la situation de la famille ;
  - une information des parents sur la démarche du centre d'hébergement vers la CRIP ;
  - une information auprès de la CRIP.
- Élaborer des procédures claires pour faire face aux situations d'urgence en associant les acteurs principaux (représentant du centre de réception et de régulation des appels d'urgences médicales, du centre de secours de proximité, etc.), les professionnels du CHRS et les personnes accueillies qui le souhaitent.
- Construire des procédures relatives à l'entretien des locaux pour faire face aux risques de contamination comprenant :
  - des règles de tri sélectif de déchets avec une gestion spécifique des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés, notamment en ce qui concerne les malades en auto-soin, par exemple dans le cadre des traitements de maladie chronique tel que l'insuline prise sous forme injectable par certains diabétiques ;
  - des périodes de planification de nettoyage des locaux ;
  - une présentation et une description des méthodes de nettoyage à utiliser (nettoyage vapeur, essuyage humide, balayage humide, lavage à plat etc.) ;
  - une liste de produits disponibles (détergents, désinfectants etc.) adaptés selon le cas et leur méthode d'utilisation ;

- les moyens alloués permettant la mise en œuvre des procédures de nettoyage et les moyens de protection des personnels.

↘ Élaborer des procédures pour :

- agir face aux accidents d'exposition au sang ;
- faire face aux crises épidémiques (gale[97], tuberculose[98], gastro-entérite, infection respiratoire aiguë[99]) ;
- veiller à la sécurité alimentaire ;
- gérer le traitement du linge ;
- etc.

REPÈRE JURIDIQUE RELATIF À UN RISQUE D'EXPOSITION AU SANG

L'arrêté du 10 juillet 2013 transpose les directives européennes. Il précise entre autre le dispositif de prise en charge après accident d'exposition au sang (AES) qui doit être mis en place par l'employeur et porté à la connaissance de tous les salariés, dès l'instant qu'il existe un risque d'exposition au sang.

La responsabilité de ce dispositif incombe au chef d'établissement. Il prendra conseil auprès du médecin du travail et des instances concernées (centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales - CLIN, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - CHSCT, etc.).

↘ Communiquer le contenu de ces procédures régulièrement et de façon adaptée à toutes les personnes vivant au sein de l'établissement. Veiller à la bonne intégration des informations.

[97] INVS, *Épidémie de gale communautaire – Guide d'investigation et d'aide à la gestion,* Saint-Denis : INVS, 2008, 51 p.

[98] Les Centres de lutte antituberculeuse (CLAT) sont présents dans tous les départements. Ils coordonnent la lutte antituberculeuse au niveau départemental et réalisent : des consultations médicales avec suivi des patients et délivrance des médicaments antituberculeux, en particulier pour les personnes en rupture de couverture sociale ; le dépistage avec enquêtes dans l'entourage des cas, réalisation d'actions ciblées de dépistage, élaboration des stratégies ; des actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques avec information et communication ; la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG ; de la formation des professionnels ; le développement des partenariats et la participation à un réseau départemental de lutte contre la tuberculose, l'évaluation et la surveillance épidémiologique.

[99] Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, *Préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale.* Fiches de recommandation. Paris : Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007, pp. 24-33. Consultable sur : <http://www.sante.gouv.fr/> (accès le 22/09/2015).

3 DÉFINIR LES BESOINS EN COMPÉTENCES ET/OU FORMATIONS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

Enjeux et effets attendus

Le positionnement des professionnels face à des problématiques de santé pose une difficulté notamment pour ceux qui ont essentiellement abordé les problématiques de l'accès à la formation, à l'emploi et au logement. L'approche globale que constitue l'accompagnement à la santé confronte le professionnel à des aspects auxquels il n'était pas forcément habitué. C'est notamment le cas des situations où l'accès à l'emploi et au logement ne sont que secondaires par rapport à un accompagnement vers le soin. Le professionnel aguerri à l'accompagnement du développement des potentialités des personnes peut être questionné sur ses pratiques lorsqu'il s'agit de maintenir un niveau d'autonomie, voire d'accompagner à une perte d'autonomie.

L'accueil de personnes atteintes de polypathologies questionne le professionnel sur les modalités de son accompagnement et ses limites qui doit être verbalisé et partagé en équipes pluridisciplinaires. Ces temps de régulation doivent permettre l'élaboration d'approches innovantes et respectueuses des personnes accueillies.

- Les professionnels du CHRS connaissent les acteurs et dispositifs du secteur médical. Les rencontres pluridisciplinaires permettent l'élaboration d'approches innovantes.
- Une veille sur l'évolution des prises en charge et des accompagnements relatifs aux nouvelles problématiques rencontrées est effective.
- Les professionnels des établissements sont formés au repérage des besoins en santé, en prévention et sont soutenus dans les accompagnements qu'ils mènent pour l'accès à la santé.

RECOMMANDATIONS

↘ Identifier des fonctions ressources au sein de l'établissement :
  - information du système de santé ;
  - information des rôles et fonctions des acteurs de santé du territoire ;
  - mise en relations avec les acteurs de santé ;
  - accompagnement à la mise en œuvre du parcours de santé dont les soins.

↘ Décider de la répartition de ces fonctions : uniquement par des professionnels, par le référent du parcours, par les personnes accueillies dans le cadre de groupes dédiés ou encore par des intervenants bénévoles. Former et informer les intervenants en conséquence.

POINT DE VIGILANCE

Si des bénévoles interviennent au sein du CHRS, ils auront été informés du projet d'établissement et du périmètre d'intervention. Une charte aura été signée tenant compte des exigences en terme de confidentialité des informations détenues et de respect à l'égard des personnes accueillies.

- Échanger en équipe et dans le cadre des CVS sur les axes relatifs à la santé que l'établissement se propose de mettre en œuvre. Identifier à ces occasions les mobilisations potentielles ou existantes des professionnels et des personnes accueillies.
- Définir les besoins en compétences des professionnels en fonction des axes stratégiques définis :
  - besoins de *connaissances sur des thématiques* particulières (rôles et places des différentes institutions dans le domaine de la santé, approches de l'addictologie, de la santé mentale, l'hospitalisation à domicile dans le cadre d'un CHRS, les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisés : pour qui ? Pour quoi ? Combien de temps ?, etc.) ;
  - besoins *d'informations sur le repérage* de signes cliniques pouvant questionner un état de santé (manifestations dermatologiques, toux persistante, trouble de la marche et de l'équilibre, troubles de l'humeur, etc.) ;
  - besoins de *connaissance sur les pratiques* des partenaires : les Csapa, les Caarud, les centres de dépistages, les centres de prévention et d'examen de santé, les centres médico-psychologiques, les équipes mobiles psychiatrie précarité, les centres d'action médicale précoce (Camsp), les équipes mobiles en soins palliatifs, les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisés, etc. ;
  - besoin de *compétences sur l'accompagnement à la santé* et les relations avec les professionnels du secteur médical. Notamment sur la prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages liés aux addictions et sur des approches innovantes telles que « un chez soi d'abord », ou encore sur les acteurs de la prise en charge de la fin de vie du fait de la présence de personnes en fin de vie dans les établissements, etc.

REPÈRES JURIDIQUES SUR LES SOINS PALLIATIFS

Article D. 311-38 du CASF

Créé par Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006

Lorsqu'un projet général de soins est prévu pour l'application du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8, il définit l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert, y compris les plans de formation spécifique des personnels.

Le projet d'établissement comporte alors les actions de coopération nécessaires à la réalisation du volet relatif aux soins palliatifs, le cas échéant dans le cadre des réseaux sociaux ou médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-7.

La démarche de soins palliatifs du projet d'établissement ou de service est élaborée par le directeur de l'établissement et le médecin coordinateur ou le médecin de l'établissement en concertation avec les professionnels intervenant dans l'établissement.

- Adapter aux besoins les modalités de soutiens des professionnels :
  - les *formations* sont proposées pour l'acquisition de nouvelles approches et techniques tels que les accompagnements différenciés chez les personnes souffrant d'addiction, les postures professionnelles à adopter pour aborder les questions relatives à la santé, à la douleur, à la mort, le développement de techniques d'animation de groupe pour développer la participation des personnes accueillies ;

- les *échanges* dans le cadre de réunion de réseaux sont choisis pour répondre aux besoins de mise en œuvre de partenariats ou pour une meilleure connaissance des acteurs du territoire ;
- la participation à des *séminaires* thématiques est utilisée pour partager les savoir-faire propres à chaque institution ou établissement, les ajuster et développer des interventions pluri-professionnelles ;
- les *supervisions* sont un outil à destination des professionnels pour analyser notamment des situations de refus de soins, de suspicions de situations dangereuses pour les personnes accueillies (enfant en danger, traite d'être humains, violence domestique, l'intégration d'une personne ayant des besoins de soins palliatifs, etc.) et réajuster une démarche d'accompagnement ou des modalités d'accueil ;
- les *intervisions* sont l'occasion de rencontres entre professionnels et praticiens des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires. Elles sont des espaces d'échanges d'expériences, de réflexion collective sur leurs conduites professionnelles. Elles permettent ainsi meilleure connaissance respective et limitent les ruptures de parcours des personnes accueillies.

ILLUSTRATION

Dans un département, trois journées de « co-formation »[100] entre professionnels de santé, travailleurs sociaux et personnes vivant en situation de précarité ont été organisées. Cette co-formation a réuni une trentaine de professionnels de santé et de travailleurs sociaux en lien avec la santé, ainsi qu'une dizaine de « militants » (personnes vivant des situations de précarité et engagées dans la lutte contre la pauvreté). La formation des professionnels a donc été effectuée avec et par des personnes ayant une expérience de vie difficile. Loin de simples témoignages de vie, chaque participant est formateur et formé, chacun apporte ses connaissances et ses analyses. Il s'agit de chercher ensemble les difficultés et des pistes de solutions. Par les échanges qu'elle a permis, cette co-formation a été riche d'enseignements individuels.

Par ailleurs, dans les communes qui sont dotées d'Ateliers Santé Ville (ASV) et/ou de Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les rencontres organisées dans ce cadre se montrent particulièrement pertinentes pour permettre un rapprochement entre médecins, pharmaciens, infirmiers libéraux et les autres acteurs médico-sociaux et sociaux. Ces temps d'échange et de rencontre sont précieux car ils permettent aux différents acteurs de mieux se connaître et se comprendre, d'échanger des informations, de partager des vécus et de se soutenir mutuellement.

[100] Pour plus d'informations sur cette session de co-formation, consulter le document : MRIE : Co-formation Précarité et Santé. Se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales, Lyon : MRIE, 2011. Coll. Les dossiers de la MRIE. Consultable sur <http://www.mrie.org/>

- Former les professionnels aux processus en jeu dans les situations d'accueil de malades psychiatriques ou de personnes en souffrance psychique notamment le phénomène de la non-demande ou encore celui de l'inversion des demandes et des interlocuteurs. Ils sont sensibilisés à l'impact des symptômes de certaines maladies sur la vie quotidienne et aux soins alternatifs existants, notamment :
  - les traitements médicamenteux et les injections retards ;
  - l'ambulatoire et l'hospitalier ;
  - la réduction des risques et des dommages ;
  - l'auto-support et les groupes d'intérêts collectifs.
- Former les professionnels sur le sujet des addictions, dans une approche large de la problématique : Addictions : genre, couple et maternité – quelles approches ? Quels sont les effets spécifiques des différentes addictions ? Quels sont les risques ? Quelles attitudes à adopter ? Quels sont les soins ? Addictions et comorbidité psychiatrique, addictions et parentalité, addictions et enfance
- Organiser ou participer régulièrement à des journées d'échanges sur des actions relatives à la santé ou au bien être des personnes accueillies, mises en place, en cours d'évaluation ou évaluées.
- Développer des formations communes à plusieurs acteurs œuvrant à la promotion de la santé, et organiser si possible des temps d'observations *in situ* réciproques entre les partenaires. La mise en place des formations croisées entre soignants, travailleurs sociaux et force de l'ordre et de sécurité porte sur des thématiques identifiées telles que : la prévention des agressions, sur le travail en réseau avec les équipes de maraudes et les équipes mobiles ou encore la réception des plaintes des personnes victimes de violences et de discrimination.
- Prévoir pour les professionnels accueillant des personnes avec des problèmes de santé jusqu'alors non rencontrés dans le CHRS, des sessions de formation/information en lien avec ces problématiques de santé spécifiques.
- Assurer la formation des professionnels du CHRS et favoriser un système de veille sur l'évolution des prestations de l'assurance maladie et sur l'offre du territoire (ouverture d'une PASS, création d'une EMPP, d'un CSAPA, etc.), afin qu'ils soient à même de dispenser une information valide.
- Former les professionnels à la mise en œuvre d'actions visant la promotion de la santé, à leur animation ainsi qu'à la promotion participative de tous les acteurs dont les personnes accueillies et les associations de santé communautaire.
- Favoriser l'inscription des professionnels du CHRS dans les réseaux locaux de santé (femmes et périnatalité, réseau-ados, santé-précarité, etc.) en intégrant ces temps dans les plannings de travail de l'ensemble des professionnels les échanges dans ces lieux permettent aux professionnels d'étoffer leur registre d'accompagnement en développant ainsi leur capacité créative et d'adaptation aux situations qu'ils rencontrent.

L'essentiel

DÉFINIR LA STRATÉGIE DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU CHRS

- Énoncer clairement la position du CHRS quant à l'accompagnement à la santé au regard de l'analyse des situations des personnes accueillies et des démarches d'évaluation en cours.
- Caractériser les actions de promotion de la santé dans le cadre du projet d'établissement et veiller à ce que l'ensemble des documents (règlement de fonctionnement, livret d'accueil, procédures, etc.) en fasse état.
- Communiquer le contenu du projet d'établissement au SIAO et aux partenaires de santé les plus couramment sollicités.
- Rencontrer les acteurs médicaux (médecins, pharmaciens, etc.) les plus proches géographiquement.
- Participer aux instances et groupes de travail territoriaux et y partager les problématiques de santé identifiées avec les personnes accueillies dans le cadre notamment de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets régionaux de santé (PRS), des conseils locaux de santé mentale (CLSM), des politiques de la ville, des programmes départementaux d'insertion (PDI) ou encore des conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD).

CONSTRUIRE LES PROCÉDURES NÉCESSAIRES À LA PROTECTION DES PERSONNES

- Élaborer des procédures relatives : aux situations d'urgence médicale, aux situations d'incendie, aux crises épidémiques, aux accidents d'exposition au sang, à la saisine de la cellule départementale du recueil des informations préoccupantes, à la sécurité alimentaire et à l'entretien des locaux.
- Identifier des professionnels référents en charge de l'information de ces procédures, du recueil des modifications à apporter ; l'ensemble de la démarche restant de la responsabilité de la gouvernance du CHRS.
- Communiquer le contenu de ces procédures régulièrement et de façon adaptée à toutes les personnes vivant au sein de l'établissement. Veiller à la bonne intégration des informations.

DÉFINIR LES BESOINS EN COMPÉTENCES ET/OU EN FORMATIONS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

- Identifier les besoins en formation en fonction de l'évolution des caractéristiques des situations des personnes accueillies et notamment :
  - de l'accueil de malades psychiatriques ou de personnes en souffrances psychiques ;
  - de l'accueil de personnes ayant des polypathologies ;
  - de l'accueil de personnes vieillissantes.
- Développer des formations communes à plusieurs acteurs œuvrant à la promotion de la santé, et organiser si possible des temps d'observation *in situ* réciproques entre les partenaires.
- Favoriser un système de veille sur l'évolution des prestations de l'assurance maladie et sur l'offre du territoire (ouverture d'une PASS, création d'une EMPP, d'un CSAPA, etc.), afin que les professionnels soient à même de dispenser une information valide.
- Adapter aux besoins les modalités de soutiens des professionnels : des échanges dans le cadre de réunion de réseaux, des séminaires thématiques pour partager les savoir-faire propres à chaque institution ou établissement, des supervisions pour analyser des situations complexes ; des intervisions pour échanger des expériences sur des pratiques professionnelles.

Annexes

Annexe 1

ÉLÉMENTS POUR L'APPROPRIATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles constituent des points d'appui et des repères pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles permettent aux équipes d'interroger leurs pratiques et de les améliorer, en fonction des publics accompagnés et des missions des établissements et services.

Le questionnement présenté dans cette annexe vise l'appropriation du contenu de ces recommandations par les membres de l'équipe de l'établissement.

Prise en compte de la santé dès le projet d'admission

Quelles relations sont mises en place avec le SIAO ? Comment les professionnels prennent-ils connaissance des orientations préconisées par le SIAO ? Comment les professionnels s'assurent que les ajustements mis en place pour l'accueil de la personne répondent à ses attentes ?

Les premiers entretiens intègrent-ils la dimension santé ? Les aspects administratifs reprennent-ils l'affiliation à l'assurance maladie ? À une complémentaire santé ?

Comment les droits de la personne lui sont expliqués ? Comment le professionnel s'assure-t-il de la compréhension de ces explications ? Comment sont abordés les aspects liés aux secrets des informations sociales et médicales ?

Comment les professionnels s'assurent-ils que les besoins premiers (se nourrir, se vêtir, se reposer) sont satisfaits ? Comment repèrent-ils des besoins en santé et en échangent-ils avec la personne ?

L'accompagnement à la santé tout au long du parcours

Comment les professionnels s'assurent-ils de la connaissance que la personne a de l'organisation de la santé en France ? Comment l'information diffusée est-elle ajustée aux potentialités des personnes accueillies ?

Comment le projet personnalisé facilite-t-il l'appropriation par la personne de son parcours de santé ? Comment les actions de prévention sont-elles construites pour s'assurer de l'appropriation par les personnes accueillies des conseils et outils proposés ? Comment les bilans de santé, les actions de dépistages ou encore les mises à jour des vaccinations sont-ils abordés ?

Comment la personne accueillie a-t-elle connaissance des différents interlocuteurs de santé présents au sein du CHRS et en proximité ? Comment le professionnel propose-t-il à la personne son intervention auprès des professionnels soignants qu'elle rencontre ? Est-ce conforme avec les règles du secret professionnel ?

Comment les professionnels échangent avec les personnes à propos des entretiens médicaux à venir ? Des prescriptions médicales à mettre en œuvre ? Des examens médicaux à réaliser ?

Comment l'équipe est-elle mobilisée lors de situation pouvant rompre un parcours de soin ? Comment sont anticipées les situations d'hospitalisation en urgence ? Comment les professionnels sont-ils soutenus dans les situations de déni ou de refus de soin ?

Comment les professionnels sont à l'écoute de la souffrance psychique et des pathologies psychiatriques ? Quels sont les relais sur lesquels ils peuvent s'appuyer ? Comment la réponse aux besoins des personnes est construite de façon multipartenariale ?

Comment les professionnels intègrent-ils les pratiques de réduction des risques des dommages liés aux addictions dans leurs accompagnements ? L'approche des conduites addictives fait-elle l'objet de réunion d'équipe ? Les pratiques développées génèrent-elles des exclusions du CHRS ? Une analyse des causes des exclusions de l'hébergement est-elle menée dans le cadre de l'évaluation ?

Comment les ajustements relatifs à l'accompagnement à la santé des personnes accueillies peuvent-ils interroger le règlement de fonctionnement ? Comment les personnes sont-elles intégrées à la réflexion menée autour des modifications à apporter à l'organisation du CHRS ?

Un projet d'établissement intégrant les actions d'accompagnement personnalisé d'accès à la santé

Le projet d'établissement définit-il les accompagnements à la santé proposés aux personnes accueillies ? Présente-t-il les professionnels soignants œuvrant dans l'établissement, les conventions de partenariat établis sur le territoire ou l'existence de partenariats factuels ?

Comment les partenaires ont connaissance du projet d'établissement ? Quelles actions de communications leur sont destinées ? Comment l'établissement s'assure-t-il que le SIAO a connaissance des caractéristiques d'accompagnements du CHRS ?

Comment l'établissement partage-t-il sur son territoire d'implantation les connaissances qu'il a des besoins en santé des personnes qu'il accueille afin de développer des actions ajustées ? Est-il intégré aux instances ou groupe de travail sur la démocratie sanitaire ?

Comment l'établissement initie-t-il ou entretient-il des partenariats avec le secteur psychiatrique, les services spécialisés en addictologie ou toute autre spécialité permettant de répondre aux besoins en santé des personnes accueillies ?

Comment le projet d'établissement valorise-t-il les actions de prévention et de promotion de la santé co-construites avec les personnes accueillies ?

Comment l'établissement s'est-il doté de procédure assurant la protection et la sécurité des personnes accueillies ?

Comment l'établissement construit-il son plan de formation en considérant à la fois l'évolution des situations des personnes accueillies et le besoin en compétences des professionnels ? Comment l'établissement invite-t-il les professionnels à participer aux réseaux locaux de réflexions sur la santé ? Comment ces apports sont-ils partagés au sein du CHRS ?

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DES PERSONNES ACCUEILLIES EN CHRS

ORGANISATION À PRIVILÉGIER PAR L'ÉTABLISSEMENT/SERVICE

- Identification de **l'évolution des besoins en santé des personnes accueillies**
- Politique de **promotion de la santé portée par le projet d'établissement et connue** des différents intervenants dans le CHRS
- **Transposition de** la valorisation de la **prise en compte de la santé** dans l'ensemble des **documents organisationnels**
- **Communication** du projet d'établissement **aux SIAO**
- **Participation** aux instances et groupes de santé **territoriaux**
- **Formations** ciblées et **soutien des professionnels**
- **Procédures de protection des personnes** connues des professionnels et des personnes accueillies
- **Évaluation** régulière des actions menées

BONNES PRATIQUES À METTRE EN ŒUVRE PAR LES PROFESSIONNELS

- **Organiser des conditions d'accueil** en fonction des orientations du SIAO confirmées par la personne à son entrée
- **Mise en œuvre** du triptyque essentiel **à l'accès aux soins**
- **Proposer** aux personnes **bilans, dépistages et mises à jour des vaccinations**
- **Mobiliser** les personnes sur **leur santé et valoriser leurs savoir-faire**
- **Engager des partenariats** ciblés en fonction des **besoins identifiés**
- Mettre en œuvre des **actions de promotion de la santé co-construites** avec les personnes et des pairs
- **Encourager** la personne à mettre en œuvre son **parcours de soin**
- Développer des **approches à compétences multiples : sociales, sanitaires et psychologiques**
- Développer des pratiques de **réduction des risques et des dommages**

EFFETS ATTENDUS PAR LES PERSONNES ACCUEILLIES

- **Amélioration** de la **santé** et du **bien-être**
- **Connaissance** de leurs **droits**
- **Développement** des **compétences psycho sociales**
- **Savoir « prendre soin » d'eux et de leurs proches**

Annexe 2

GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AESF	Accompagnement en économie sociale et familiale
ALD	Affection longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ARE	Allocation de retour à l'emploi
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVA	Adaptation à la vie active
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCRPA	Conseil consultatif régional des personnes accueillies
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et de la famille
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMP	Centre médico-psychologique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSAPA	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CVS	Conseil de la vie sociale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DIPC	Document individuel de prise en charge
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FJT	Foyer jeune travailleur

FSL	Fond solidarité logement
GEM	Groupe d'entraide mutuel
MASP	Mesure d'accompagnement social personnalisé
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAEJ	Point d'accueil écoute jeune
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle infantile
REAPP	Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents
RSA	Revenu de solidarité active
SAMSAH	Service d'accompagnement médico social pour adulte handicapé
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SSD	Service social départemental
UMJ	Unité médico-judiciaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 3

ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Méthode d'élaboration

Ces recommandations ont été élaborées sur la base :

- d'un appel à contribution ;
- d'une analyse qualitative permettant de recueillir les pratiques professionnelles et les avis des personnes accueillies dans ces établissements.

La méthode retenue est celle du consensus simple.

La production des recommandations s'est appuyée sur un groupe de travail composé de professionnels et de personnes accueillies. Il s'est régulièrement réuni et s'est enrichi des apports de groupes focus sur les thématiques abordés dans ce document.

Le projet de recommandations a été soumis à un groupe de lecture dont les remarques ont été prises en compte dans la version finale.

Ainsi finalisé, le projet de recommandations a ensuite été soumis aux instances de l'Anesm et a fait l'objet d'une analyse juridique.

Conduite des travaux

Équipe projet de l'Anesm

- Odile MANSARD, responsable de projet
- Louise PINARD, chef de projet
- Élise GATESOUPE, chef de projet
- Patricia MARIE, documentaliste
- Mahel BAZIN, chargé d'études statistiques
- Nicolas BOUTIN, chargé d'études statistiques
- Nagette DERRAZ, assistante coordination de projets

Coordination

- Géraldine MAGNIER, cheffe du service Pratiques professionnelles (janvier-juillet 2014)
- Sophie LE BRIS, cheffe du service Pratiques professionnelles depuis mai 2015

Coordination éditoriale

- Yaba BOUESSE, chargée de communication

Analyse juridique

- Magali FLECHEUX, responsable des affaires juridiques
- Cabinet Grandjean, Poinsot et associés

Validation et adoption des recommandations

- Didier Charlanne, directeur de l'Anesm

Annexe 4

PARTICIPANTS

Groupe de travail

- AUDET Arnaud, chef de service CHRS, association Le Pont, Macon (71)
- BAUER Denise, chargée de mission, DGOS, PARIS (75)
- BLEGANSKI Luigi, personne accueillie en CHRS, Le Creusot (71)
- BLEURIOT Brigitte, déléguée CCPA, personne accueillie en CHRS, Paris (75)
- BONNEL Sandrine, psychiatre en équipe mobile psychiatrie précarité, Montreuil (93)
- BROT Nathalie, chef de service CHRS, association le Grand Sauvoy, Maxeville (54)
- CHEVRIER Claude, directeur du pôle Rosa Luxemboug CASVP, Paris (75)
- DARRAS Émilie, infirmière à l'association Noz Deiz, Dinan (22)
- DRIOUX Michèle, administratrice UNAFAM, Paris (75)
- DUMESNIL Patrick, personne accueillie en CHRS, Lyon (69)
- FOURNIER Gabrielle, éducatrice CHRS Ajeji, Saint-Pol-sur-Mer (59)
- FRACHON Florence, psychologue en CHRS La Poterne des peupliers, Paris (75)
- GOSSE Anne-Marie, directrice de l'association Dessines moi un mouton, Paris (75)
- HELARY Philippe, psychiatre, responsable CMP enfant, hôpital de Dreux (28)
- KRYZANIAK Jean-François, personne accueillie en CHRS, Angers (49)
- LEVOGUER Philippe, assistant social, CHRS Argod, Saint-Brieuc (22)
- MAGIORRE Aldo, délégué CCPA et CCRPA Midi Pyrénées, personne accueillie en CHRS, Toulouse (31)
- MYCYSZYN Karine, chef de service CHRS Afeji, Dunkerque (59)
- PASTOU Thierry, chef de service CHRS Ametis, Nantes (44)
- PLANE Philippe, médecin généraliste, Jarville-la-Malgrange (54)
- RENAULT Thierry, délégué CCPA, personne accueillie en CHRS, Le Havre (76)
- RIBEAUCOURT Rolande, directrice Pôle Santé, Association ABEJ Solidarité, Lille (59)
- RICHEN Xavier, médecin addictologue association Aria, Lyon (69)
- ROUSSEAU Fabienne, médecin PASS Orléans (45)

Groupe de lecture

- CHANTRAINE Amélie, chargée de projets et d'ingénierie, IREPS Bretagne, Rennes (35)
- CHESSERON Mathilde, psychologue EMPP et CHRS, Paris (75)
- CHOVAUX François, directeur CHRS, Boulogne-sur-Mer (59)
- COURTECUISSE Antoine, psychiatre centre hospitalier, Boulogne-sur-Mer (59)
- CONORT Muriel, directrice opérationnelle de Cités, Association des cités du Secours Catholique, Bordeaux (33)
- GERMAIN Sylvie, chargée de mission populations vulnérables, Direction Générale de la Santé, Paris (75)
- GIANCATARINA Florence, directrice France Horizon, Saint-Denis (93)
- GILLES Jean-Pierre, administrateur FNARS
- MOREAU Lucette, directrice de l'Office Rhodanien de logement social, Lyon (69)
- QUACH HONG Marion, chargée de mission santé et études FNARS, Paris (75)
- VIEL Stéphane, directeur adjoint association du May, Toulouse (31)

Personne ressource

- LEGROS Michel, membre du réseau européen des experts non gouvernementaux lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale, Paris (75)

Annexe 5

L'AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ANESM)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'Agence est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels et les usagers.

Ses missions

Les missions de l'Anesm sont directement issues des obligations faites aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

- La première consiste à valider ou produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, références et procédures à partir desquelles les ESSMS doivent légalement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent.
- La seconde consiste à habiliter les organismes auxquels les ESSMS doivent faire appel afin qu'ils procèdent à l'évaluation externe des activités et de la qualité de leurs prestations notamment en vue du renouvellement de leur autorisation de fonctionnement (cf. annexe 3-10 du Code de l'action sociale et des familles).

Son fonctionnement

L'Anesm est dotée d'une instance de gestion, d'une part, l'Assemblée générale qui valide le programme de travail et le budget et d'autre part, de deux instances consultatives :

- le **Conseil scientifique**, composé de 15 personnalités reconnues, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, à l'indépendance et à la qualité scientifique des travaux de l'Anesm ;
- le **Comité d'orientation stratégique**, composé de près de 70 représentants de l'État, d'élus, d'usagers, collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs, etc., instance d'échange et de concertation qui participe à l'élaboration du programme de travail de l'Anesm.

Les champs de compétences

L'Anesm est compétente sur le champ des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'inclusion sociale, de la protection de l'enfance, de la protection juridique des majeurs, de l'addictologie… Les catégories de services et d'établissements sont très diversifiées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées (FAM), les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de jeunes travailleurs, les appartements thérapeutiques, etc.

Le dispositif d'évaluation

Les recommandations, références et procédures validées par l'Agence alimentent la démarche d'évaluation interne des ESSMS.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu qu'au-delà du système d'évaluation interne, un regard externe soit porté par des organismes indépendants habilités par l'Anesm qui émettront un avis, notamment sur les conditions dans lesquelles l'évaluation interne a été mise en œuvre, et sur les axes d'amélioration préconisés. Ainsi, au 31 décembre 2015, 89 % des ESSMS devant réaliser leur évaluation externe avant le 3 janvier 2015, étaient engagés dans cette démarche.

Elle complète le système d'évaluation interne, et permet aux autorités de tarification et de contrôle d'engager un dialogue avec les ESSMS sur les conditions de renouvellement de leurs autorisations de fonctionnement.

La 4e enquête nationale sur la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS (2012) réalisée par l'Anesm, met en exergue les chiffres suivants :

- 93 % des ESSMS sont alors engagés dans un processus d'évaluation ;
- le niveau d'engagement des ESSMS dans l'évaluation interne s'élève à 71 %, contre 26 % en 2007 à la création de l'Anesm. S'y ajoutent, 22 % de structures ayant engagé divers processus d'amélioration de la qualité ;
- 98 % de l'ensemble des établissements et services connaît au moins une recommandation de l'Agence et 61 % ont lu au moins 6 recommandations ;
- enfin, 65 % des établissements et services engagés dans la démarche d'évaluation interne ont directement utilisé les recommandations à cet effet (73 % des Ehpad).

Les recommandations de l'Anesm

↘ Quarante-six **recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr :**

Tous secteurs

- *Le soutien des aidants non professionnels* (2014)
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* (2012)
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010)
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (2010)
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009)
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009)
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2009)
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008)

- *Ouverture de l'établissement* (2008)
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008)
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008)
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008)
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008)
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008)

Personnes âgées

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* (2014)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* (2012)
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad* (2012)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* (2011)
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement* (2011)
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* (2009)

Personnes handicapées

- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)* (2014)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement* (2014)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – la vie quotidienne, sociale, la culture et les loisirs* (2013)
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté* (2013)
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* (2013)
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* (2013)
- *Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* (2012)
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad* (2011)
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* (2010)

Protection de l'enfance

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015)
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur* (2015)
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015)
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (2014)
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013)
- *Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (2011)
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010)

Inclusion sociale

- *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS* (2016)
- *Évaluation interne : Repères pour les établissements et services de l'inclusion sociale* (2015)
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* (2015)
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)* (2014)
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'action sociale et des familles* (2012)
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010)
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008)

- Quatre **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Un **rapport d'étude** sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.
- Trois **rapports d'analyse nationale** concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.
- Un **rapport d'analyse nationale** concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.

Conception graphique : Luciole
Impression Corlet Imprimeur, SA – 14110 Condé-sur-Noireau
Dépôt légal : Février 2016

ANESM
5 avenue du Stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
T 01 48 13 91 00

www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables - **Février 2016**