



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**LHSS, LAM et ACT :
l'accompagnement
des personnes en
situation de précarité
et la continuité des
parcours**

Validé par la CSMS le 8 décembre 2020

Descriptif de la publication

Titre	LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours
Méthode de travail	Méthode par consensus simple
Objectif(s)	<p>La mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes.</p> <p>La mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours. Cela nécessite une réflexion sur les pratiques d'accompagnement et l'inscription de l'établissement dans son territoire d'intervention.</p> <p>La mise en œuvre d'un accompagnement de la fin de vie.</p>
Cibles concernées	Les professionnels exerçant dans les LHSS, LAM et ACT, dont les ACT « Un chez-soi d'abord »
Demandeur	Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	<p>Coordination : Madame Florence Ligier et Monsieur Clément Chauvel, chefs de projet, service recommandations de la HAS (cheffe de service : Madame Christiane Jean-Bart)</p> <p>Secrétariat : Madame Pascale Firmin</p>
Recherche documentaire	<p>Madame Sophie Despeyroux, avec l'aide de Madame Maud Lefevre</p> <p>Cheffe du service documentation-veille : Madame Frédérique Pages</p>
Auteurs	Madame Florence Ligier et Monsieur Clément Chauvel, chefs de projet
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 8 décembre 2020
Actualisation	
Autres formats	Argumentaire, synthèse et fiche de présentation des établissements

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – décembre 2020 – ISBN : 978-2-11-155671-3

Sommaire

Avant-propos	5
Préambule	6
1. Accompagner la personne au plus près de ses besoins	12
1.1. Permettre à la personne d'être actrice de son accompagnement	13
1.2. Proposer un accueil facilitant la création d'un lien de confiance	16
1.2.1. Préparer l'arrivée de la personne	16
1.2.2. Accueillir la personne	17
1.3. Accompagner la personne dans sa globalité et sa singularité	18
1.3.1. S'appuyer sur les priorités de la personne pour évaluer ses ressources et ses besoins et coconstruire son projet	19
1.3.2. Accompagner le projet de la personne	23
1.3.3. Coordonner l'action des professionnels autour du projet de la personne	27
1.3.4. Évaluer l'accompagnement et le réajuster au regard des besoins de la personne	28
1.4. Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours	28
1.4.1. Accompagner la sortie des établissements « Un chez-soi d'abord »	28
1.4.2. Accompagner la sortie des établissements d'hébergement : LHSS, LAM et ACT	29
2. Organiser l'établissement pour répondre aux besoins des publics du territoire	34
2.1. Mettre en place un cadre de vie bienveillant et sécurisant	35
2.2. Organiser l'équipe pour répondre à la diversité des besoins des personnes accueillies	37
2.2.1. Développer la pluralité de l'expertise	37
2.2.2. Soutenir l'équipe	40
2.3. Développer les outils et les pratiques d'accompagnement adaptés aux besoins des personnes et favorisant la continuité des parcours	41
2.4. Inscrire l'établissement dans son territoire pour favoriser la continuité des parcours	45
2.4.1. Identifier les partenaires et participer à la mise en œuvre d'une organisation territoriale adaptée aux besoins des personnes	45
2.4.2. Sensibiliser les partenaires du territoire à l'accompagnement des publics à besoins complexes et les soutenir	49
2.5. Garantir l'adaptation des pratiques et de l'organisation à l'évolution des connaissances et des publics	50
3. Accompagner la fin de vie	56
3.1. Organiser l'établissement et préparer les équipes à l'accompagnement de la fin de vie	58
3.1.1. Définir un projet d'accompagnement à la fin de vie	58
3.1.2. Organiser le partenariat	59
3.1.3. Accompagner et former les équipes	59

3.2. Accompagner au quotidien la fin de vie	60
3.2.1. Anticiper les souhaits des personnes et la gestion des situations critiques	60
3.2.2. Mettre en place l'accompagnement à la fin de vie	62
3.2.3. Accompagner l'organisation des obsèques	64
3.3. Soutenir l'entourage de la personne décédée, les autres personnes accueillies et les équipes	65
3.3.1. Soutenir l'entourage	65
3.3.2. Soutenir les autres personnes accueillies	66
3.3.3. Soutenir les équipes	66
Table des annexes	67
Références bibliographiques	77
Participants	80
Abréviations et acronymes	82

Avant-propos

La recommandation « LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours » a été validée antérieurement à la publication du décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique ».

Ce décret modifie notamment les missions des lits halte soins santé et des appartements de coordination thérapeutique. Les structures lits halte soins santé peuvent dorénavant assurer, en plus de leurs missions initiales « des missions complémentaires et, à ce titre, proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés aux personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dans le cadre d'activités réalisées au sein du site de la structure "lits halte soins santé" ou en dehors de celui-ci. Elles réalisent à ce titre un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ». Les appartements de coordination thérapeutique peuvent également « assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement ».

Si certaines recommandations, et notamment celles en lien avec l'hébergement, ne peuvent s'appliquer pour la mise en œuvre de ces nouvelles missions, les recommandations concernant les postures d'accompagnement et l'inscription territoriale peuvent être utilement consultées par les établissements souhaitant développer un accompagnement hors les murs.

Préambule

Contexte de la recommandation

La recommandation de bonnes pratiques « LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours » est inscrite dans le volet inclusion sociale du programme de travail de la HAS.

Elle s'inscrit dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes sans domicile¹ en France et de diversification de leurs besoins, et dans un contexte de développement du nombre de places LHSS, LAM et ACT porté par les stratégies nationales de santé et de prévention et de lutte contre la pauvreté.

L'augmentation du nombre de personnes sans domicile et leurs besoins d'accompagnement en santé

Deux enquêtes nationales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) menées en 2001 et 2012 constatent une augmentation de 50 % du nombre de personnes sans domicile (1). En 2012 le nombre de personnes sans domicile est estimé à 141 500. Il n'existe pas d'enquête nationale plus récente, mais les données collectées par les opérateurs de l'urgence sociale indiquent que cette augmentation s'est poursuivie. Le nombre de personnes sans domicile serait actuellement compris entre 250 000 et 300 000.

Les deux enquêtes permettent également de constater une diversification des profils des personnes sans domicile : la part des femmes, des enfants et des personnes ayant récemment immigré en France augmente de manière considérable, ainsi que la part des personnes vieillissantes (1).

Les personnes sans domicile présentent des indicateurs de santé très dégradés par rapport à ceux de la population générale. Elles ont tendance à moins recourir aux soins, ou à n'y recourir qu'en cas d'urgence. Leur mortalité est de 2 à 5 fois plus élevée, en raison de la prépondérance des morts violentes chez les plus jeunes et, pour les plus âgés, de causes de décès proches de celles de la population générale mais survenant en moyenne 15 ans plus tôt (maladies chroniques et vieillissement prématuré). On constate une importance des maladies infectieuses (hépatites, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tuberculose) ; des maladies chroniques respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, musculo-squelettiques ; des maladies parasitaires ; des blessures et des maladies de peau. Les personnes sans domicile présentent de nombreuses comorbidités somatiques, traumatiques et psychiatriques mais également des désordres neurologiques précoces.

La prévalence des addictions au sein de cette population est supérieure à celle de la population générale. Les problématiques de santé mentale (schizophrénie, troubles bipolaires, dépression et stress post-traumatique) sont également surreprésentées (2) (3) (4) (5).

Les LHSS, LAM et ACT, des établissements en forte croissance

En réponse à ces besoins, la stratégie nationale de santé 2018-2022 (6) définit comme axe d'action « d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées » et propose de développer « des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire

¹ La notion de personne sans domicile regroupe les personnes sans-abri et sans-logement mais ne fait pas l'objet, en France, d'une définition en termes de politiques publiques. La définition de personne sans domicile retenue dans cette recommandation est celle proposée par la grille Ethos (https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf) qui regroupe l'ensemble des personnes sans-abri, sans-logement et en logement précaire ou inadapté.

(lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés) ». Par ailleurs la nouvelle stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (7) fixe des objectifs de développement chiffrés de ces dispositifs, puisqu'elle prévoit dans son engagement n° 4 « Vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité » d'« augmenter massivement les solutions d'accompagnement social renforcé : 1 450 places supplémentaires d'ici 2022 pour les LAM et les LHSS ; 1 200 places supplémentaires pour ACT ». Enfin, le Ségur de la santé prévoit la création de 500 nouvelles places LHSS d'ici 2022.

Les ACT « Un chez-soi d'abord » connaissent également une phase de croissance rapide puisque de 400 places en 2017, ils passeront à 2 000 places en 2022.

Les établissements et leurs missions²

Ces établissements s'inscrivent en complémentarité avec l'offre de services des dispositifs du droit commun³. Ils n'ont pas vocation à se substituer à eux. Ils ont pour spécificités communes :

- de proposer un accueil inconditionnel⁴ comprenant notamment l'accueil de personnes présentant des problématiques addictives ou de santé mentale, de personnes ne disposant pas de ressources et de personnes en situation irrégulière au regard du séjour ;
- d'apporter une réponse globale à des personnes sans domicile présentant des problématiques de santé en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire ;
- de proposer un accompagnement adapté à la personne, là où elle en est dans son parcours ;
- de favoriser la continuité des parcours des personnes accueillies.

Les LHSS

Créés en 1993 à titre expérimental, les LHSS (anciennement lits d'hébergement et de soins infirmiers) se voient conférer un statut d'établissement médico-social par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 (8) de financement de la sécurité sociale pour 2006. Ouverts en permanence, ils assurent des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie. Ils « accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue⁵ ». Ils ont pour mission de proposer et dispenser aux personnes accueillies les soins médicaux et paramédicaux adaptés qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient ; de participer à leur éducation à la santé et à leur éducation thérapeutique ; de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir leurs droits et d'élaborer avec elles un projet de sortie individuel. Depuis le 1 janvier 2021, ils peuvent également accompagner des personnes sans domicile fixe non hébergées dans la structure, quelle que soit leur situation administrative. Ils proposent alors des soins médicaux et paramédicaux adaptés et un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes⁶.

² Pour plus d'information sur les missions des établissements, se référer à la fiche de présentation synthétique des structures.

³ La notion de services et/ou dispositifs de droit commun recouvre les services et prestations disponibles pour tous les citoyens en opposition avec les services spécialisés et notamment les services spécialisés pour l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

⁴ Sous réserve pour les ACT « Un chez-soi d'abord » que les personnes remplissent les conditions prévues à l'alinéa 1 de l'article R. 441-1 du Code de la construction et de l'habitation. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038688705/2019-06-26/>

⁵ Article D. 312-176-1 I du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁶ Article D. 312-176-1 I du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les LAM

Créés en 2009 à titre expérimental pour prendre en charge les personnes présentes dans les LHSS et présentant uniquement des pathologies de longue durée, les LAM se voient conférer un statut d'établissement médico-social par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (9). Ouverts en permanence, ils assurent des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie. Ils accueillent « des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais étant incomptaibles avec la vie à la rue, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures⁷ ». Ils ont pour mission de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à leur éducation à la santé et à leur éducation thérapeutique ; d'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ; de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ; d'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Les ACT

Créés pour offrir des solutions aux personnes atteintes du sida en situation de précarité, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur confère un statut d'établissement médico-social. En même temps, ils s'ouvrent à l'accueil de personnes atteintes d'autres pathologies (10). Ils proposent des hébergements individuels ou collectifs situés à proximité des lieux de soins et permettant un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé. Ils sont ouverts en permanence. Ils hébergent des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, quelle que soit leur situation administrative et ont pour mission d'assurer le suivi et la coordination des soins, de garantir l'observance des traitements et de permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Depuis le 1 janvier 2021, ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement⁸.

Les ACT « Un chez-soi d'abord »

Ce programme a été expérimenté entre 2011 et 2016 dans quatre villes françaises (Paris, Lille, Marseille, Toulouse). Il est inspiré du modèle américain *housing first*⁹ qui propose de changer radicalement la prise en charge des personnes « durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères¹⁰ » en leur proposant un accès dans un logement ordinaire directement depuis la rue et un accompagnement soutenu pluridisciplinaire au domicile. Il s'est vu conférer le statut d'ACT par le décret 2016-1940 du 28/12/2016 (12). L'ACT a alors pour objet de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères d'accéder sans délai à un logement et de s'y maintenir ; de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale.

⁷ Article D. 312-176-3 I du CASF.

⁸ Article D. 312-154 du CASF.

⁹ Ce modèle a été initié par Sam Tsemberis à New York dans les années 1990. Il s'appuie sur un accès à un logement indépendant, sans condition de traitement psychiatrique ou d'abstinence, assorti d'un accompagnement médical et social dans le respect des choix de la personne (11).

¹⁰ Article D. 312-154-1 du CASF.

Le champ de la recommandation

Cette recommandation a pour thème « LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours ». Elle traite de l'articulation des différentes composantes de l'accompagnement pour permettre un accompagnement centré sur la personne, et de la coordination avec les établissements et services du territoire pour permettre une continuité des parcours.

Le parcours

Le parcours de soins désigne la trajectoire d'une personne au sein du système de soins.

Le parcours de santé désigne l'articulation du parcours de soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile (15).

Le parcours de vie désigne l'évolution de la personne dans son environnement (scolarisation, parcours professionnel, réinsertion, logement). Il comprend « l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît » (16).

Il appartient au monde sanitaire, social et médico-social, de s'organiser en fonction du parcours de vie des personnes et plus précisément en fonction de leurs besoins tout au long de leur vie.

La coordination

La coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements¹¹.

Elle renvoie à « l'articulation des interventions des différents pourvoyeurs de soins, de services et d'aides relevant de trois secteurs d'activité : le secteur sanitaire, qui recouvre les acteurs institutionnels, la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ; le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes ; et le secteur médico-social, [...], qui regroupe les établissements d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile » (13).

Cette coordination nécessite un décloisonnement des cultures et des pratiques professionnelles. Elle s'inscrit dans le territoire d'implantation de l'établissement (14).

Le territoire

Il s'agit dans cette recommandation du territoire avec lequel l'établissement interagit ou pourrait interagir : la ville, la communauté de communes, le département, le bassin de vie... Ce territoire, spécifique à chacun des établissements est délimité en fonction de ses missions et de ses activités (17).

¹¹ Article L. 312-7 du CASF.

Objectifs de la recommandation

L'objectif de cette recommandation est d'accompagner les professionnels des LHSS, LAM et ACT dans leurs pratiques en produisant des repères concourant à :

- la mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes ;
- la mise en œuvre d'une organisation facilitant cet accompagnement et permettant de prévenir les ruptures de parcours. Cela nécessite une réflexion sur les pratiques d'accompagnement et l'inscription de l'établissement dans son territoire d'intervention ;
- la mise en œuvre d'un accompagnement de la fin de vie.

Destinataires de la recommandation

La recommandation s'adresse aux professionnels exerçant dans les établissements LHSS, LAM, ACT, y compris les ACT « Un chez-soi d'abord ».

Elle peut être également utile à leurs partenaires, dont les partenaires de la veille sociale et du secteur sanitaire orientant vers ces structures.

Enfin, elle peut également être utilement consultée par les personnes accueillies dans ces établissements.

Mode d'emploi de la recommandation

La recommandation est déclinée en trois parties.

La première partie propose des recommandations permettant de mettre en œuvre un accompagnement centré sur la personne, facilitant le développement de son pouvoir d'agir et garantissant une continuité dans son parcours.

La deuxième partie donne des éléments organisationnels et de coordination internes à l'établissement et externes en lien avec le partenariat permettant cet accompagnement.

La troisième partie constitue une partie autonome, dédiée à l'accompagnement de la fin de vie pour les établissements concernés et/ou souhaitant s'engager dans cet accompagnement.

Chaque partie est composée des éléments suivants :

- une introduction ;
- des enjeux qui définissent les objectifs à atteindre ;
- le cas échéant, des points de vigilance qui attirent l'attention du lecteur sur des éléments spécifiques à prendre en compte ;
- des recommandations, c'est-à-dire des actions concrètes à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- des illustrations qui décrivent des pratiques mises en œuvre par les établissements. Elles éclairent les propos et ne sont pas des recommandations.

La recommandation est complétée par :

- une fiche de présentation synthétique des établissements, à destination notamment des services orienteurs ;
- une synthèse facilitant l'appropriation de celle-ci par les professionnels ;
- un argumentaire présentant les données scientifiques et expérientielles sur lesquelles elle s'appuie.

La recommandation s'adresse à des professionnels exerçant dans des établissements dont les missions et les durées de prise en charge sont différentes. Par ailleurs, les besoins des personnes accueillies, la composition des équipes pluridisciplinaires, l'organisation des établissements varient en fonction de leurs capacités d'accueil, de leur histoire et de leur territoire d'implantation. Même si la recommandation s'adresse à l'ensemble des établissements LHSS, LAM et ACT, y compris « Un chez-soi d'abord », elle est donc à articuler avec les missions réglementaires de chacun d'entre eux, leurs spécificités et leur implantation territoriale.

1. Accompagner la personne au plus près de ses besoins

La question de l'adhésion et notamment de l'adhésion aux soins et au projet est un enjeu majeur de l'accompagnement des personnes sans domicile (18-22).

Les contraintes de la vie à la rue (concurrence des priorités, absence de lieu sécurisé pour se soigner et conserver un traitement ou des documents), les contraintes des dispositifs (difficultés à se déplacer, à prendre des rendez-vous et à s'y présenter), certaines caractéristiques personnelles (état de santé physique ou psychique de la personne, barrière de la langue, représentations de la maladie...) sont des facteurs de non-adhésion. Mais le facteur principal de non-adhésion est le manque de confiance dans les professionnels du soin et de l'accompagnement, lié à des attitudes jugeantes ou vécues comme telles.

À l'inverse, l'instauration d'une relation de confiance avec les professionnels est un levier essentiel pour permettre l'adhésion des personnes à leur projet (18, 19, 23-36). Il convient donc de favoriser l'établissement de ce lien dès les premiers moments. « L'étape de l'accueil [...] est capitale pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement mis en place en faveur d'un usager. Ce temps de l'accueil doit être l'occasion d'ouvrir pour la personne accueillie de nouvelles possibilités et de nouvelles perspectives » (29).

L'attitude et le positionnement des équipes, leur capacité à reconnaître la personne comme actrice principale, sont des facteurs déterminants pour lui permettre de se saisir de son projet et de le mettre en œuvre. La coconstruction du projet s'appuie sur l'explicitation de ses attentes et de ses priorités et l'évaluation, au moyen d'outils et de pratiques adaptés, de ses ressources et de ses besoins, dans leur diversité et leur complexité. Les objectifs poursuivis et les domaines d'accompagnement dépendent de la durée de prise en charge (de deux mois pour les LHSS, à une prise en charge sans limite temporelle pour les établissements « Un chez-soi d'abord ») et des missions spécifiques des différents établissements. Néanmoins, chaque établissement veillera à proposer, avec les partenaires du territoire, un accompagnement global visant à (ré)inscrire les personnes dans un parcours de santé, à les soutenir dans l'engagement ou la poursuite de démarches leur permettant d'accéder aux droits et à favoriser leur inclusion sociale et leur autonomie.

L'objectif de cet accompagnement est de permettre à la personne de (re)devenir actrice de son parcours pour accéder à une solution de sortie en cohérence avec son projet et ses priorités.

La coordination au sein de l'équipe pluridisciplinaire et avec les partenaires participant à la mise en œuvre du projet de la personne, permet de garantir la continuité de l'accompagnement, son adaptation et l'accès effectif de celle-ci aux droits et aux services.

Enjeux et effets attendus

- L'adoption de postures professionnelles favorisant le développement du pouvoir d'agir de la personne.
- L'anticipation et la mise en place d'un accueil bienveillant et sécurisant, permettant l'entrée en relation et la mise en confiance.
- La construction et la mise en œuvre d'un projet personnalisé de soins et d'accompagnement centré sur les besoins, les ressources et les priorités de la personne, et évolutif.

- La coordination des professionnels internes et externes autour des objectifs du projet personnalisé.
- La préparation et l'accompagnement des sorties favorisant la continuité des parcours.

Point de vigilance

La majorité des personnes accueillies en LHSS, LAM ou ACT ne dispose pas de solution d'hébergement alternatif et ne dispose parfois d'aucune ressource. Cela peut créer des biais dans la relation et notamment avoir un impact sur :

- la notion de consentement éclairé, les personnes étant susceptibles au moins dans les premiers temps de tout accepter pour ne pas mettre en péril leur hébergement ;
- le lien de confiance : certaines personnes peuvent masquer certains éléments de leur parcours si elles pensent que ceux-ci peuvent mettre leur hébergement en péril ;
- l'adhésion au projet et notamment au projet de soins : l'accès à l'hébergement étant lié à une problématique de santé, ne plus être malade représente alors un risque de ne plus être hébergé.

1.1. Permettre à la personne d'être actrice de son accompagnement

Les recommandations développées dans ce chapitre sont des recommandations de principes et de postures permettant l'instauration et le maintien d'un lien de confiance indispensable à la mise en œuvre de l'accompagnement et facilitant l'autodétermination¹² des personnes et le développement de leur pouvoir d'agir. Elles sont donc à mobiliser par l'ensemble des professionnels de l'établissement dans les échanges et les interactions avec la personne dès les premiers contacts et tout au long de l'accompagnement.

- ➔ Respecter la temporalité de la personne tout au long de son accompagnement :
 - en lui laissant, en début de séjour, le temps nécessaire au répit, à l'observation réciproque et à l'établissement de la relation de confiance ;
 - en se rendant disponible, lorsque cela est nécessaire, pour apporter une réponse au moment où la demande émerge (accueil en dehors des rendez-vous, plages d'accueil libres) ;
 - en adaptant l'emploi du temps des professionnels à celui des personnes. Cela implique par exemple de ne pas reporter les rendez-vous fixés, d'accepter les retards aux rendez-vous... ;
 - en l'interrogeant régulièrement sur ses préoccupations immédiates et son évaluation des priorités ;
 - en tenant compte, lors de la fixation de la date de sortie, du temps nécessaire à celle-ci pour se projeter et préparer son départ ;
 - .../...

¹² Principe éthique qui reconnaît la capacité de la personne à agir directement sur sa vie en effectuant librement et sans influence ses choix. Le rôle des professionnels est d'aider la personne à connaître les choix qui s'offrent à elle et à en appréhender les conséquences. Ils soutiennent la mise en œuvre de la décision prise.

- ➔ Respecter le droit de la personne à ne pas exprimer de demande explicite, tout en la réinterrogeant régulièrement. Rechercher en équipe, avec son accord et en lien avec les partenaires qui l'accompagnent, les causes de cette absence de demande et les axes de travail susceptibles de faciliter son émergence.

- ➔ Respecter les refus de la personne et faciliter, lorsque c'est nécessaire, les allers-retours entre l'établissement et la rue pour favoriser l'émergence d'une demande.

- ➔ Adopter une posture professionnelle favorisant le développement et le maintien d'un lien de confiance :
 - en accordant une attention toute particulière à la qualité des premiers échanges et de l'accueil, ces premiers contacts étant souvent décisifs dans l'établissement d'une relation de qualité ;
 - en adoptant une attitude empathique, bienveillante et non jugeante sur les modes de vie et les choix des personnes ;
 - en s'appuyant le cas échéant sur une personne proche, membre de la famille, pair ou partenaire, impliquée dans l'accompagnement de celle-ci, pour entrer en relation ;
 - en diversifiant les occasions et les moments de rencontre. Cela comprend :
 - aller vers la personne, s'intéresser à elle, à ses conditions de vie, son confort et son bien-être au quotidien ;
 - lui proposer des espaces d'échange libre ;
 - tirer parti des temps collectifs et des interventions du quotidien pour entrer en relation avec elle (bricolage, cuisine, sortie...) ;
 - partager des temps de formation.

Ces moments de rencontre participent à la construction d'une relation plus égalitaire et facilitent la création du lien entre les personnes accueillies et les professionnels, il est important que l'ensemble de l'équipe puisse être concernée.
 - en précisant à chaque fois que c'est nécessaire à la personne le cadre de confidentialité et de discrétion des échanges et le cadre de partage des informations la concernant ;
 - .../...

- ➔ Adopter une communication transparente, claire et précise, pendant toute la durée de l'accompagnement de la personne et sur l'ensemble des sujets la concernant :
 - en adaptant son langage à la capacité de compréhension de la personne (37) (maîtrise de la langue, capacités cognitives, état de santé mentale), et en évitant le jargon (termes scientifiques ou techniques, vocabulaire professionnel, utilisation de sigles ou d'acronymes...) ;
 - en recourant à un interprétariat téléphonique ou physique lorsque c'est nécessaire, pour permettre à la personne de s'approprier ses soins et son accompagnement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS sur l'utilisation de l'interprétariat en santé¹³ ;

¹³ Pour des bonnes pratiques en terme d'interprétariat en santé, se référer au référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la HAS, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé » : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compетенces....pdf

- en recueillant ou concevant des outils et supports d'échange et de communication adaptés aux personnes non francophones ou ne maîtrisant pas l'écrit (Facile à lire et à comprendre (Falc), outils multilingues, outils vidéo, outils numériques, illustrations, photolangage...) pour s'assurer de leur bonne compréhension des informations concernant leur situation, leur prise en charge et le fonctionnement de l'établissement ;
 - en portant une attention à la fiabilité des informations transmises.
- ➔ Rechercher systématiquement le consentement éclairé des personnes pour toutes les démarches ou décisions les concernant :
- en tenant compte des problématiques relationnelles, des éventuels troubles et limitations cognitifs (problèmes de comportement, mémoire, concentration, organisation, etc.) ;
 - en tenant compte des difficultés à se faire comprendre et à comprendre les autres (non-maîtrise du français notamment) ;
 - en laissant un délai de réflexion adapté à la prise de décision ;
 - en requestionnant régulièrement la personne sur ses choix ;
 - en proposant d'associer un tiers digne de confiance à la prise de décision.
- ➔ S'assurer de la bonne compréhension des informations par les personnes, par exemple en leur demandant de reformuler les propos de l'équipe.
- ➔ Favoriser l'autonomie, l'autodétermination et renforcer le pouvoir d'agir des personnes :
- en s'appuyant sur des techniques d'entretien permettant l'expression de leurs besoins et de leurs priorités (écoute active, relation d'aide centrée sur la personne, entretien motivationnel¹⁴...) ;
 - en s'appuyant sur leurs compétences, sur leurs capacités et leurs savoirs plutôt que sur leurs manques pour leur permettre de se projeter et de construire leur projet de vie ou de sortie. L'approche par les forces peut notamment être mobilisée à cette fin¹⁵ (38).
- ➔ Faciliter la participation des personnes au sein et à l'extérieur de l'établissement :
- en construisant avec les personnes accueillies les outils de l'établissement (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement) ;
 - en encourageant la mise en place d'instances de représentation et en dotant celles-ci d'un budget autogéré ;
 - en mettant à disposition l'information et les moyens logistiques nécessaires à la participation aux interCVS ou instances locales, régionales ou nationales de représentation des personnes accueillies (conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées (CRPA) notamment) ;
 - en s'assurant qu'elles soient représentées dans les instances décisionnaires de l'établissement.

¹⁴ Pour plus d'information sur l'entretien motivationnel, le mémo produit par la HAS peut être utilement consulté : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf

¹⁵ L'approche par les forces est présentée en annexe 1.

- ➔ Informer, chaque fois que nécessaire, la personne sur ses droits et l'accompagner le cas échéant dans les démarches visant à les faire valoir, notamment :
 - en lui explicitant les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002¹⁶, dont les instances de participation et le fonctionnement de la structure ;
 - en lui présentant les fonctionnements des différents services et administrations nécessaires à ses démarches, en favorisant le recours aux services et dispositifs de droit commun chaque fois que c'est possible et en accompagnant l'accès effectif aux droits et aux services ;
 - en soutenant les démarches des personnes face aux situations de stigmatisation et de discrimination dont elles peuvent être victimes dans leur accès à la santé et aux droits.

1.2. Proposer un accueil facilitant la création d'un lien de confiance¹⁷

1.2.1. Préparer l'arrivée de la personne

- ➔ Transmettre à la structure orienteuse ou directement aux personnes une présentation de l'établissement (missions, conditions d'hébergement...) afin que celles-ci disposent d'informations claires et actualisées. Cela peut se faire notamment par l'envoi de plaquettes de présentation, du livret d'accueil, de supports vidéo en différentes langues ou de tout autre support de présentation développé par l'établissement.
- ➔ Prendre contact directement auprès de la personne avant son intégration dans l'établissement pour lui présenter de manière transparente les missions de l'établissement, les conditions d'hébergement et d'accompagnement et les limites temporelles de la prise en charge afin de s'assurer de son consentement éclairé en privilégiant la rencontre physique dès que cela est possible.
- ➔ Proposer à la personne de visiter les lieux avant son admission. Si la personne ne peut se déplacer, la visite peut être organisée de manière virtuelle.
- ➔ Proposer à la personne un délai, même court, de réflexion pour accepter ou non la proposition d'hébergement et l'inviter à prendre le temps de la réflexion.
- ➔ Avec l'accord de la personne, et en sa présence si elle le souhaite, prendre contact avec l'équipe médicale et l'équipe sociale de la structure orienteuse afin d'assurer une transmission des informations utiles et nécessaires et d'éviter les ruptures de parcours. Ces transmissions permettent :

¹⁶ Outils prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (le projet d'établissement ou de service, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la personne qualifiée et le conseil de la vie sociale (CVS) ou autre forme de participation).

¹⁷ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » précisent que « l'étape de l'accueil [...] est capitale pour la réussite de l'intervention ou de l'accompagnement mis en place en faveur d'un usager » (29).

- de vérifier si la personne a besoin de soins médicaux et paramédicaux (kinésithérapie par exemple...) non disponibles dans l'établissement, afin de pouvoir anticiper la poursuite de ces soins dès son arrivée ;
 - de s'assurer au moment de l'accueil, auprès de la personne et de l'établissement orienteur, notamment s'il s'agit d'un établissement de santé, que la personne sera en possession d'une ordonnance et/ou d'un traitement médical au moins pour quelques jours, et du compte rendu de son hospitalisation ;
 - de s'assurer au moment de l'accueil, auprès de la personne et de l'établissement orienteur que la personne disposera d'un planning avec l'ensemble de ses rendez-vous, tant médicaux que sociaux.
- ➔ S'enquérir de l'existence et à défaut, informer la personne, de la possibilité de se faire assister d'une personne de confiance¹⁸, lui en expliciter le sens et les modalités et notamment le rôle de celle-ci dans la compréhension et la conclusion du contrat de séjour.

1.2.2. Accueillir la personne

- ➔ S'enquérir des besoins immédiats (nourriture, vêtements, produits d'hygiène...) et y pourvoir. Porter une attention particulière aux personnes ne disposant pas de ressources financières pour subvenir à leurs besoins alimentaires et organiser le cas échéant, en interne ou par le biais du partenariat, l'accès à une aide alimentaire d'urgence¹⁹.
- ➔ S'enquérir des urgences (sociales ou médicales) et y répondre afin d'éviter toute rupture de parcours. L'accueil peut être organisé en binôme (personnel médical et social) pour mieux évaluer et répondre aux besoins urgents.
- ➔ Si la personne est accompagnée d'enfants, lui laisser le choix de la présence ou non des enfants pendant l'entretien d'accueil et organiser les équipes de manière à pouvoir assurer si besoin la garde de ceux-ci dans un lieu adapté.
- ➔ Présenter de manière transparente et précise les modalités et les limites de l'accompagnement médical et social.
- ➔ Présenter de manière claire et compréhensible le fonctionnement de l'équipe et les missions de chacun :
- cela comprend l'identification du (des) référent(s) le cas échéant et des domaines de compétences de chacun ;

¹⁸ Il s'agit ici de la personne de confiance définie par l'article L. 311-5-1 du CASF. Pour plus d'information sur la personne de confiance, se reporter à l'annexe 4.

¹⁹ Pour les ACT, la circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT) (10) prévoit que les dépenses d'alimentation restent à la charge des personnes accueillies.

- dans le cas d'un accompagnement en multiréférence, cela doit permettre d'identifier les compétences spécifiques de chaque intervenant.
- ➔ Informer des temps de présence du personnel, communiquer le numéro de l'astreinte le cas échéant, les numéros d'urgence et expliciter les motifs et modalités de recours à chacun d'eux.
- ➔ Organiser une visite des locaux et du quartier avec la personne afin de lui permettre de se repérer (commerces, transports...).
- ➔ Informer la personne du règlement de l'établissement concernant les consommations de substances psychoactives et des modalités de mise à disposition d'outils et de conseils de réduction des risques et des dommages.
- ➔ Informer, le cas échéant, dès l'entrée dans la structure du caractère transitoire de celle-ci, de la durée probable de la prise en charge en fonction du type de dispositif et de la pathologie, des modalités de sortie possibles en fonction de la situation de la personne (droit au séjour, âge, handicap...) et des conséquences éventuelles sur le maintien de l'hébergement d'un refus d'une solution de sortie.
- ➔ Signifier à la personne et à la personne de confiance que l'équipe reste disponible pour échanger et répondre à d'éventuelles questions concernant la conclusion du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge.
- ➔ Rappeler régulièrement à la personne les informations délivrées lors de l'accueil afin qu'elle puisse les retenir et se les approprier.
- ➔ Associer les personnes accueillies volontaires à la procédure d'accueil des nouveaux arrivants afin qu'ils puissent se présenter à ceux-ci, les accompagner et répondre à leurs questions notamment sur le fonctionnement de l'établissement.

1.3. Accompagner la personne dans sa globalité et sa singularité

Précaution de lecture

Les axes et éléments d'évaluation et d'accompagnement proposés dans cette partie ne constituent pas une liste d'éléments obligatoires à évaluer ou mettre en œuvre, mais bien un panel de choix possibles qu'il conviendra d'articuler en fonction de la situation et des préférences de la personne et des missions de l'établissement.

1.3.1. S'appuyer sur les priorités de la personne pour évaluer ses ressources et ses besoins et coconstruire son projet

- ➔ Identifier dès l'accueil de la personne, les professionnels intervenant dans son accompagnement global afin d'éviter de se substituer à eux et de prévenir les ruptures d'accompagnement. Organiser, le cas échéant, avec son accord, un temps d'échange avec eux, notamment son médecin traitant et son travailleur social référent. Ce temps d'échange avec les professionnels est d'autant plus important que la durée de la prise en charge est courte, car il permet de réaliser un état des lieux des problématiques et des démarches engagées qui contribue à un accompagnement mieux ciblé dès le début de la prise en charge.
- ➔ Recueillir, dans le respect de la temporalité de la personne, ses attentes, ses priorités d'action et ses envies. Même si l'accueil se fait à partir d'une problématique médicale, les priorités de la personne peuvent porter sur un autre domaine. Aucune démarche d'accompagnement ou de soins (hors soins sous contrainte) ne peut être mise en œuvre sans l'accord de la personne.
- ➔ Recueillir, auprès de la personne, les informations qu'elle souhaite partager nécessaires à la compréhension de sa situation et à l'expression de sa demande. Partager avec elle les éléments déjà connus de l'équipe (dossier d'admission, données transmises par les partenaires orienteurs...).
- ➔ À partir de la confrontation entre les motifs d'admission, les informations complémentaires recueillies et la demande réelle de la personne, définir avec elle les premières bases de son projet personnalisé²⁰. Ce projet se compose :
 - des objectifs et priorités de la personne ;
 - d'un volet soins présentant :
 - les problèmes de santé et les traitements proposés ;
 - un plan d'action organisant la coordination des soins et comprenant les examens nécessaires pratiqués et prescrits et les interventions proposées pour promouvoir et préserver la santé de la personne (vaccination, dépistage, santé sexuelle, santé mentale, prévention et réduction des risques et des dommages liés aux addictions, hygiène de vie, éducation thérapeutique...) ;
 - les modalités de délivrance des soins (professionnels concernés pour la délivrance des soins ou l'accompagnement à des soins extérieurs à l'établissement, adaptation des horaires de soins...) ;
 - d'un volet accompagnement social présentant :
 - l'accompagnement à la vie quotidienne ;
 - l'accès aux droits et l'accompagnement dans les démarches administratives ;
 - l'aide à l'inclusion sociale ;

²⁰ Des outils tels que le plan d'intervention axé rétablissement (<https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/plan-dintervention-plan-de-retablisement/>), le plan personnalisé de coordination en santé (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_modele_ppcs_web.pdf), ou des outils numériques tels que l'outil Baromètre (<https://www.projetbarometre.com/retab/login?ref=>) peuvent être mobilisés pour la formalisation d'un projet coconstruit.

- l'accompagnement à une solution de sortie : projet de sortie, de vie, de relogement ou de fin d'accompagnement ;
 - les modalités de délivrance de l'accompagnement : visite à domicile, rendez-vous, accueil dans les locaux de la structure, accompagnement à l'extérieur... ;
 - des moyens d'accompagnement nécessaires et mobilisables pour la mise en œuvre du projet. Cela inclut :
 - les moyens mis à disposition par l'établissement (intensité et modalités de l'accompagnement, professionnels et pairs impliqués dans l'accompagnement, prestations individuelles et collectives proposées...) ;
 - les partenaires et ressources de proximité mobilisables ;
 - les ressources issues des réseaux de soutien de la personne.
- ➔ Proposer à la personne des modalités d'élaboration, d'accès et de révision du projet permettant de garantir que celui-ci respecte ses priorités, par exemple en :
- l'incitant à rédiger elle-même ou avec un tiers digne de confiance²¹ les objectifs de son projet ;
 - l'accompagnant ou l'incitant à se faire accompagner par un tiers digne de confiance pour formuler oralement ses objectifs ;
 - ne révisant le projet qu'en sa présence et avec son accord ;
 - révisant le projet à chaque fois qu'elle le souhaite ;
 - lui permettant de ne pas formaliser immédiatement de projet ou de ne formuler que des objectifs minimaux (se soigner, se reposer...) ;
 - lui facilitant l'accès à son projet pour qu'elle puisse se l'approprier et proposer des modifications éventuelles. Il peut s'agir de remettre l'original du projet à la personne, ou d'utiliser des outils informatiques permettant un accès partagé au projet.
- ➔ Dans la construction du projet, veiller à :
- accompagner la personne dans l'élaboration d'objectifs de soins et/ou d'accompagnement concrets, accessibles, en nombre limité et à échéance adaptée ;
 - faciliter les essais et la découverte pour permettre à la personne de mieux se projeter. Les dispositifs qui permettent la découverte des métiers peuvent par exemple être mobilisés pour permettre à la personne de définir un projet professionnel.
- ➔ Définir avec la personne, les évaluations complémentaires nécessaires à la mise en œuvre de son projet. Selon les objectifs poursuivis, ces évaluations complémentaires peuvent concerner la santé et/ou la situation sociale. Elles se déroulent dans le temps, étape par étape, et sont mises à jour lorsque le projet ou la situation de la personne évolue.

²¹ Notamment, le tiers peut être la personne de confiance définie par l'article L. 311-5-1 du CASF.

Coévaluation des besoins et ressources en matière de santé

- ➔ Évaluer avec la personne les soins à réaliser et les besoins liés à la pathologie ayant suscité son admission. Cela comprend :
 - l'explicitation du diagnostic en tenant compte des capacités cognitives de la personne et de sa compréhension de son état de santé ;
 - les examens et soins proposés et les besoins de coordination de ceux-ci ;
 - les traitements proposés ;
 - la présence éventuelle de comorbidités somatiques ou psychiques ;
 - les suivis médicaux en cours, les traitements pris ;
 - les antécédents personnels et familiaux ;
 - l'éducation thérapeutique dans le cas d'une maladie chronique ;
 - .../...

- ➔ Évaluer avec la personne sa santé globale et notamment les besoins de santé liés à :
 - ses conditions de vie – alimentation, accès aux soins, sommeil... ;
 - d'éventuelles conduites addictives ;
 - d'éventuels risques professionnels encourus ;
 - la prévention et l'éducation à la santé : vaccinations, dépistage des maladies infectieuses, développement des compétences psychosociales, éducation thérapeutique... ;
 - d'éventuels antécédents de violence subie. Cela comprend :
 - une évaluation de la violence conjugale. Les éléments du chapitre 2 « Repérage des violences au sein du couple » et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » peuvent être mobilisés²². Les recommandations et fiches pratiques de la HAS concernant le repérage des violences au sein du couple peuvent être également mobilisées²³ ;
 - une évaluation des violences sexuelles, notamment pour les personnes victimes de réseaux de prostitution, et une évaluation des séquelles psychologiques et somatiques ;
 - une évaluation d'un éventuel psychotraumatisme ;
 - .../...

- ➔ Vérifier l'existence de bilans préalables, notamment pour les personnes sortant d'hospitalisation et organiser, en accord avec elles, la temporalité des examens et bilans médicaux complémentaires à mettre en œuvre en fonction de leurs objectifs. Au regard des morbidités identifiées pour les personnes sans domicile, cela peut comprendre :

²² Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple » peuvent être mobilisées pour repérer la présence de violences conjugales. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf

²³ Recommandations et fiches pratiques sur le repérage des violences au sein du couple : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperege-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

- un examen clinique complet²⁴ (évaluation dentaire, bilan des vaccins²⁵, bilan visuel, gynécologique et psychologique) ;
 - des bilans biologiques, carenciels, sérologiques (VIH, hépatites, etc.), virologiques ou thyroïdiens... ;
 - un dépistage des infections respiratoires aiguës, et notamment la tuberculose ;
 - une évaluation du poids et de tout signe de malnutrition ou dénutrition par les dosages sanguins notamment ;
 - une évaluation de la douleur : localisation, intensité, traçabilité par des outils validés ;
 - un dépistage des ectoparasitoses ;
 - une évaluation neuropsychologique ;
 - .../...
- ➔ Évaluer, en lien avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) le cas échéant, les situations de handicap et de perte d'autonomie et proposer les aides et dispositifs de soutien adaptés.
- ➔ Porter une attention particulière aux phénomènes de vieillissement précoce des personnes sans domicile pour adapter les examens à mettre en œuvre. Les personnes sans domicile peuvent présenter dès 50 ans des problématiques de santé liées à l'âge, l'évaluation doit permettre de déterminer les effets du vieillissement sur l'état de santé de la personne indépendamment de son âge réel.
- ➔ Évaluer avec la personne ses compétences et ses ressources pour prendre en charge sa santé. Cela comprend :
- son réseau de santé constitué (médecin traitant, suivi psychologique ou psychiatrique, addictologie, autres professionnels de santé...) ;
 - ses connaissances et sa compréhension de sa maladie ;
 - son autonomie et sa capacité à s'orienter dans le système de santé ;
 - sa capacité à prendre soin d'elle-même ;
 - son réseau d'aide et de soutien (proches, travailleurs sociaux...).

Coévaluation des besoins et ressources en matière d'inclusion sociale

- ➔ Évaluer avec la personne sa situation personnelle, ses ressources et ses besoins. Cela peut comprendre :
- l'emploi du temps ou les habitudes de vie de la personne ;
 - les réseaux de soutien de la personne : familles, proches, communautés ; institutions, travailleurs sociaux... ;

²⁴ Les bilans de santé proposés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) peuvent notamment être mobilisés pour cet examen complet.

²⁵ Pour le rattrapage du calendrier vaccinal, se rapporter aux travaux de la HAS : « Rattrapage vaccinal en population générale : statut vaccinal inconnu, incomplet ou incomplètement connu » https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_population_generale_vf.pdf.

- l'évaluation des droits auxquels elle peut prétendre et l'accès effectif ou non à ceux-ci ;
 - les connaissances juridiques de la personne concernant sa situation (droit des étrangers, droit de la famille, droit pénal...) et ses éventuels besoins d'accompagnement, les éventuelles problématiques juridiques actuelles et passées, les éventuelles obligations judiciaires ;
 - l'évaluation de l'autonomie de la personne dans la définition et la mise en œuvre d'un projet (de vie ou de sortie) et des accompagnements éventuels à mettre en place autour de ce projet ;
 - l'évaluation des capacités de la personne à se déplacer, à utiliser les transports en commun, à se repérer dans l'espace, afin de se rendre à ses rendez-vous.
- ➔ Évaluer avec la personne sa situation au regard du logement ainsi que l'état des démarches engagées. Cela comprend l'instabilité résidentielle (chronique ou épisodique), les besoins en termes d'hébergement, de logement ou de logement accompagné, ainsi qu'une évaluation des compétences sociales nécessaires à la vie quotidienne : préparer un repas, gérer un budget, gérer un logement et l'entretenir... L'évaluation se fait sur le lieu de vie de la personne pour repérer avec elle les compétences acquises, celles à développer et coévaluer les éventuels aménagements nécessaires dans le logement.
- ➔ Évaluer avec la personne ses besoins en accompagnement socioprofessionnel ainsi que l'état des démarches engagées, en s'appuyant sur l'identification de ses compétences professionnelles acquises et sur ses priorités. Les besoins d'accompagnement socioprofessionnel peuvent comprendre : le développement de compétences, la redynamisation et le maintien des compétences, le développement de l'estime de soi, l'aide à la définition d'un projet, la réinscription dans un parcours de formation et d'accès à l'emploi...

Des outils validés, tels que la grille d'évaluation des forces développée par l'université du Kansas²⁶, les échelles d'auto-évaluation Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins²⁷ (Eladeb) et d'auto-évaluation ressources²⁸ (Aeres) ou des outils informatiques comme le Baromètre peuvent être utilisés pour mettre en œuvre l'évaluation des ressources et des besoins.

1.3.2. Accompagner le projet de la personne

Projet de santé

- ➔ En l'absence d'un médecin traitant, accompagner la personne pour lui permettre d'en choisir un ou, lorsque cela est possible²⁹, en fonction du type d'établissement, lui proposer de choisir

²⁶ Pour plus d'information sur l'approche par les forces, vous pouvez consulter le site suivant : <https://cnesm.org/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/approche-par-les-forces/>

²⁷ Pour plus d'information sur l'outil Eladeb, vous pouvez consulter l'article suivant : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-895.htm>

²⁸ Pour plus d'information sur l'outil Aeres, vous pouvez consulter l'article suivant : https://www.researchgate.net/publication/300406705_Evaluer_les_ressources_des_patients_une_approche_centree_sur_le_retablissement

²⁹ L'article D. 312-176-3 du CASF prévoit que dans les établissements LAM, le médecin responsable de la structure peut, si la personne le souhaite, être désigné comme le médecin traitant de celle-ci ; de même l'article D. 312-154-3 du CASF prévoit que dans les ACT « Un chez-

comme médecin traitant le médecin de l'établissement. Lorsque le médecin traitant est désigné, il est le coordonnateur du projet de soins ; les évaluations, bilans, diagnostics et prescriptions sont conduits sous sa responsabilité et décidés en concertation avec lui.

- ➔ Sous la responsabilité de l'équipe médicale, et en lien avec le médecin traitant, favoriser l'observance aux traitements en privilégiant, lorsque cela est possible et avec l'accord de la personne :
 - la délivrance du traitement dans une forme facile à prendre ;
 - les médicaments présentant le moins d'effets secondaires ;
 - les traitements faciles à stocker. Cela est important notamment pour limiter les ruptures de soins pour les personnes qui se retrouveraient de nouveau à la rue ;
 - des modalités de délivrance des médicaments adaptées aux besoins de la personne et à son environnement (risque de vol ou d'utilisation abusive) ;
 - des modalités d'aide à la prise des traitements adaptés aux besoins de la personne (intervention d'une infirmière à domicile, préparation et aide à la préparation d'un pilulier, explication des modalités de prise de traitement par des pictogrammes...) ;
 - l'organisation de séances individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique/d'éducation aux traitements animées par des professionnels ou des pairs formés.

- ➔ S'assurer à échéances rapprochées de l'adhésion de la personne à son projet, de la mise en œuvre du plan d'action et procéder aux réajustements nécessaires. Il s'agit notamment d'évaluer :
 - la bonne gestion des médicaments ;
 - les effets secondaires des traitements ;
 - les difficultés éventuelles rencontrées dans les démarches de soins ou avec des professionnels de santé ;
 - .../...

- ➔ Préserver et promouvoir la santé de la personne à travers l'organisation, en interne ou par le biais du partenariat, d'interventions de prévention individuelles et collectives, concernant notamment :
 - la vaccination ;
 - le dépistage des maladies infectieuses (VIH, virus de l'hépatite C...) ;
 - le développement des compétences psychosociales ;
 - la santé sexuelle ;
 - l'hygiène ;
 - la nutrition ;
 - .../...

soi d'abord », le médecin généraliste de l'établissement est réputé désigné par la personne accompagnée comme son médecin traitant, sauf si elle en dispose autrement.

- ➔ Mettre en place les outils et relais nécessaires à la sécurité et à la protection des personnes présentant une vulnérabilité particulière. Cela comprend :
 - l'accompagnement à la perte d'autonomie de la personne (reconnaissance du handicap, mise en place d'une mesure de protection juridique, adaptation de la chambre ou de l'appartement en fonction de l'évolution de la situation de la personne...) ;
 - la formalisation d'un plan de sécurité lorsque la personne est victime de violences ;
 - la formalisation d'un plan d'urgence ou de gestion de crise. Pour les personnes présentant des problématiques psychiatriques, le *wellness and recovery action planning*³⁰ (Wrap) peut par exemple être mobilisé ;
 - la formalisation des relais avec les services de la protection de l'enfance, le cas échéant.

Projet de vie

- ➔ Accompagner la personne, en lien avec les services et dispositifs du droit commun dans les démarches lui permettant d'accéder à ses droits. En fonction de la situation de la personne, il peut s'agir :
 - de l'accès aux droits civiques (accès à une domiciliation, à des documents d'identité, au droit de vote...) ;
 - de l'accès aux droits sociaux (droits à une couverture santé, droits à des ressources, droit au logement ou à un hébergement adapté, reconnaissance de la situation de handicap...) ;
 - de la mise en place ou de la mise en œuvre des droits parentaux (droits de garde et d'hébergement...) ;
 - de la mise en place d'une mesure de protection juridique ;
 - de l'obtention d'un droit au séjour ;
 - de l'obtention de la nationalité française ;
 - .../...
- ➔ Accompagner la personne dans son autonomie et sa capacité à habiter un logement. Cela comprend un accompagnement à la gestion des repas, la gestion de l'entretien et de l'hygiène du logement, la gestion des charges financières y afférentes...
- ➔ Aider la personne à se repérer dans le temps par l'usage d'outils adaptés (calendriers permettant de visualiser les rendez-vous, les jours de présence des intervenants, les horaires de permanence...).
- ➔ Sauf pour les ACT « Un chez-soi d'abord », accompagner la personne dans l'élaboration d'une solution de sortie adaptée. Le projet de sortie prend en compte la situation de la personne, ses souhaits, son autonomie et sa situation administrative. Il peut porter sur :
 - l'accompagnement vers une solution de logement ou d'hébergement adaptée, en prenant soin d'explicitier aux personnes en situation précaire par rapport au séjour les limites liées à

³⁰ *Wellness and recovery action planning* ou « plan d'action pour le bien-être et le rétablissement », le Wrap est un outil qui permet aux personnes d'identifier le bien-être ainsi que les signes avant-coureurs de la crise et de concevoir un plan de gestion de celle-ci. Pour plus d'information sur le Wrap : <http://www.copelandcenter.com>

Un modèle de miniWrap est consultable sur le lien suivant : https://www.cnesm.org/wp-content/uploads/Mini-Wrap_trad_aout2015.pdf

leur situation et les possibilités réelles de solutions de sortie (seul un hébergement dans le dispositif « Accueil hébergement insertion (AHI) » ou dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile pourra être proposé) ;

- l'accompagnement vers un retour à la rue lorsque ce choix est celui de la personne.

➔ Accompagner la personne dans son insertion socioprofessionnelle et sociale en lien avec les partenaires spécialisés (dont Pôle emploi). L'accompagnement peut porter sur tout ou partie des domaines suivants :

- aide à la recherche d'emploi, à l'élaboration d'un curriculum vitae (C.V.), d'une lettre de motivation ;
- aide à l'élaboration d'un projet professionnel, accompagnement à la formation ;
- aide à la consolidation d'un projet professionnel en accompagnant par exemple la personne vers les dispositifs permettant des essais professionnels ;
- accompagnement vers les dispositifs d'insertion par l'activité économique adaptés à la personne. Il peut s'agir de dispositifs visant à proposer du travail à l'heure ou avec un temps de travail adapté aux souhaits de la personne (premières heures, travail alternatif payé à la journée³¹ (Tapaj) ou territoires zéro chômeur de longue durée³² (TZCLD) par exemple) pour les personnes trop éloignées du marché du travail classique, de dispositifs visant à proposer un placement direct et un accompagnement dans l'emploi (Working First³³ par exemple), ou de dispositifs s'appuyant sur des contrats d'insertion ;
- accompagnement vers des dispositifs ou des établissements et services adaptés pour des personnes avec une reconnaissance de travailleur handicapé (établissement et services d'aide par le travail (Esat), dispositif CAP Emploi...) ;
- aide à la redynamisation professionnelle et au maintien des compétences, en développant par exemple des ateliers permettant un travail sur l'estime de soi, ou l'amélioration des capacités cognitives ;
- aide à la compréhension et maîtrise de son environnement, au développement de l'expression, la communication et la relation aux autres ;
- aide à l'apprentissage du français ;
- inscription dans les réseaux associatifs de solidarité et d'entraide (Secours catholique, Secours populaire, Restos du Cœur, Emmaüs...) proposant du bénévolat. La participation à ces réseaux permet de recréer un réseau de solidarité, de développer des compétences et des passerelles vers l'accès au travail ;
- .../...

➔ Promouvoir et faciliter l'accès de la personne aux activités socioéducatives, culturelles, sportives et citoyennes :

³¹ Tapaj est un dispositif qui cible les publics jeunes (moins de 25 ans) présentant des problématiques addictives. Ce dispositif consiste à proposer un travail à la journée, payé en espèces dès la fin de celui-ci. Les durées de travail peuvent augmenter progressivement.

³² Le dispositif TZCLD est un dispositif expérimental visant à proposer à tout chômeur de longue durée qui le souhaite un emploi à temps choisi en développant des activités utiles et non concurrentes des activités existantes sans surcoût pour les collectivités.

³³ Le Working First est un programme développé à Marseille qui s'adresse aux personnes avec des troubles psychiques et en situation de grande précarité. Ce programme propose un suivi illimité dans le temps pour l'accès et le maintien dans l'emploi ordinaire en s'appuyant sur les choix et préférences des personnes.

- en identifiant l'offre disponible et accessible, y compris financièrement, dans l'environnement de l'établissement ou du lieu de vie des personnes, en repérant les jours de gratuité et les tarifs réduits ou les associations proposant des billetteries solidaires, en diffusant cette information collectivement et individuellement auprès des personnes et si nécessaire, en les accompagnant dans les inscriptions à certaines activités ;
- en facilitant la participation de la personne aux activités collectives de la structure adaptées à ses besoins et priorités, tout en la laissant libre du choix final des activités. Cela implique une information personnalisée concernant les activités mises en œuvre, une identification de celles susceptibles d'intéresser la personne et de celles pouvant soutenir la mise en œuvre de son projet, et une évaluation régulière de la pertinence des activités au regard du projet de la personne ;
- en impliquant l'ensemble de l'équipe dans les activités collectives afin de favoriser une dynamique de groupe ;
- en favorisant l'organisation d'ateliers ou de groupes thématiques animés par les personnes elles-mêmes selon leurs savoirs et leurs compétences, à destination de leurs pairs ou d'un public plus large, avec ou sans le soutien de l'équipe ;
- en interrogeant les personnes ne participant pas aux activités socioéducatives, culturelles et sportives afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'un choix et non d'une inadaptation des activités proposées, en particulier dans les établissements proposant un hébergement individuel, où le risque d'isolement des personnes et les difficultés d'accès aux activités peuvent être accrus.

Permettre aux personnes accompagnées de se constituer en association

Des professionnels exerçant dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » ont accompagné des usagers de la psychiatrie et de la rue pour créer une association d'usagers. Cette association se réunit une fois par semaine et publie mensuellement un journal. Elle organise des événements dans la cité : journée à thème pour les personnes du « chez-soi d'abord » (droit, sécurité, hygiène...) et journées grand public. Elle reçoit des subventions. Les professionnels n'ont plus qu'un rôle de facilitateur de la rencontre (aide au montage de dossiers de subvention, aide à la communication et au partage des informations).

1.3.3. Coordonner l'action des professionnels autour du projet de la personne

- ➔ Organiser les coopérations et les articulations entre les différents professionnels autour du projet de la personne.
 - Au sein de l'équipe :
 - en définissant le rôle et la place de chacun dans la conduite des différentes évaluations et les modalités de coordination et d'articulation de celles-ci ;
 - en définissant le rôle de chacun dans l'accompagnement au projet de la personne. Cela implique de définir les modalités de transmission de l'information et d'organiser des temps de synthèse et d'échange, avec l'accord de la personne et en sa présence si elle le

souhaite, pour réajuster les modalités de l'accompagnement et vérifier qu'il n'existe pas de morcellement ou de juxtaposition des interventions des différents acteurs.

- Avec les professionnels extérieurs à l'établissement impliqués dans son accompagnement :
 - en s'assurant de la cohérence d'ensemble des objectifs poursuivis et des interventions conduites par chacun ;
 - en s'appuyant sur des outils partagés d'évaluation et de transmission de l'information.

Point de vigilance

En particulier, lorsque la personne bénéficie d'une mesure de protection juridique, avec son accord, construire le projet personnalisé en lien avec son représentant afin d'assurer une cohérence avec le projet défini par l'établissement en charge de la mesure de protection juridique, et définir avec la personne les thématiques d'accompagnement pour lesquelles l'association de son représentant pourrait être importante (gestion budgétaire par exemple).

1.3.4. Évaluer l'accompagnement et le réajuster au regard des besoins de la personne

- ➔ Évaluer régulièrement avec la personne l'accompagnement proposé par l'établissement et le réajuster. L'évaluation porte sur l'évolution de la situation, des priorités et objectifs de la personne, l'adéquation de l'accompagnement proposé pour l'atteinte des objectifs fixés, les difficultés rencontrées par la personne et par l'équipe dans la mise en œuvre de l'accompagnement... Cette évaluation est mise en œuvre, avec l'accord de la personne, a minima à chaque renouvellement du projet de la personne, à chaque fois que la personne en exprime le besoin ou sur proposition de l'équipe.

1.4. Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours

1.4.1. Accompagner la sortie des établissements « Un chez-soi d'abord »

- ➔ S'assurer que la personne qui souhaite quitter le dispositif soit informée de la possibilité de réintégrer celui-ci pendant une période de six mois.
- ➔ Vérifier avec la personne qu'elle est en mesure de solliciter les ressources de son environnement en cas de besoin et qu'elle dispose d'un entourage suffisamment étayé avant la levée de l'accompagnement.
- ➔ En fonction des souhaits de la personne, s'assurer du glissement du bail avant la levée de l'accompagnement.

- ➔ Pour faciliter le glissement du bail, sécuriser la relation entre la personne et le bailleur, par exemple en :
 - mettant en place une commission de sortie associant les bailleurs. Cette commission peut également associer les services et dispositifs du droit commun, dont les centres médico-psychologiques (CMP) qui poursuivront l'accompagnement de la personne après sa sortie ;
 - Intégrant un bailleur social au sein du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) mettant en œuvre le dispositif « Un chez-soi d'abord ».

- ➔ En fonction des souhaits de la personne, organiser le maintien du lien pendant la période de six mois pour faciliter la demande éventuelle de réintégration au sein de l'établissement, par exemple en :
 - maintenant un contact téléphonique régulier ;
 - s'appuyant sur les maraudes du territoire pour s'enquérir de la situation et de ses éventuelles évolutions ;
 - se déplaçant sur son lieu de vie.

1.4.2. Accompagner la sortie des établissements d'hébergement : LHSS, LAM et ACT

- ➔ Informer dès l'entrée la personne des éléments justifiant d'une fin de prise en charge (critères sociaux et médicaux, procédure d'information).

- ➔ Lorsqu'une date de sortie est envisagée, en informer la personne et, le cas échéant, la personne de confiance désignée par elle et/ou le tuteur ou curateur via une procédure définie et formalisée. La notification de la date de sortie doit être réalisée par écrit par un représentant de la direction. Il est important de l'expliquer oralement à la personne, en étant clair sur les délais et les éventuelles modalités de sortie qui s'offrent à elle.

- ➔ S'appuyer sur les pairs ayant connu des parcours similaires pour apporter des réponses concrètes aux questionnements sur les conditions de vie dans le nouvel environnement et apaiser les inquiétudes de la personne sortant de la structure.

- ➔ Remettre à la personne l'ensemble des informations sociales et médicales la concernant nécessaires à la continuité de son parcours et organiser les relais sociaux et médicaux pour éviter les ruptures. Certains supports numériques peuvent faciliter la transmission des informations.

Les sorties vers une structure sociale (hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion ou hébergement du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile), une structure médico-sociale (Ehpad, FAM, MAS, foyer logement, CSAPA résidentiel...) ou vers un logement accompagné

- ➔ Expliciter les missions et le fonctionnement du futur établissement ou future résidence d'accueil. L'établissement ou résidence d'accueil peut transmettre des outils de présentation (plaquettes de présentation, livrets d'accueil, visite virtuelle ou tout autre support).
- ➔ Présenter clairement les contraintes qui pourraient être problématiques pour la personne.
- ➔ Organiser une visite de la structure d'accueil pour permettre à la personne de visualiser son nouveau lieu de vie et dans la mesure du possible, une ou plusieurs rencontres entre la personne et l'équipe de l'établissement ou résidence d'accueil afin que celle-ci puisse échanger directement et en toute transparence sur les éléments pouvant être compliqués pour elle.
- ➔ Organiser, le cas échéant, une participation de la personne à certaines activités de l'établissement ou résidence d'accueil lui permettant de mieux appréhender l'offre de service.

Assurer une transmission efficace des informations en organisant des réunions partenariales

Lorsque la sortie est validée, un établissement gérant des LHSS organise une réunion de synthèse avec la personne et les partenaires qui l'accompagneront après sa sortie. Cela permet la continuité du projet de la personne. Cela lui permet également d'exprimer ses besoins, ses envies, ses craintes et ses doutes.

- ➔ Laisser à la personne un délai de réflexion pour accepter ou non la proposition d'hébergement ou logement accompagné et l'inviter à prendre le temps de la réflexion. Il convient néanmoins d'être transparent avec la personne sur les conséquences éventuelles sur l'hébergement d'un refus de la solution proposée.
- ➔ Organiser, en lien avec la structure d'accueil les relais nécessaires à la prise en charge (services médicaux et paramédicaux non disponibles au sein de l'établissement par exemple, relais vers les services sociaux de secteur...) en amont de l'arrivée de la personne.
- ➔ Si elle le souhaite, accompagner physiquement la personne dans le nouvel établissement ou logement accompagné.
- ➔ Dans le respect des droits de la personne et en sa présence si elle le souhaite, organiser des temps d'échange entre les équipes médicales ou sociales de la structure d'accueil, dans l'objectif de favoriser la poursuite des démarches engagées et la continuité des parcours.

- ➔ S'assurer de la bonne intégration de la personne dans la nouvelle structure :
 - en la contactant dans les 48 heures suivant sa sortie, puis après une semaine ;
 - en contactant, avec son accord, l'équipe de la structure dans la semaine suivant son arrivée pour s'assurer qu'elle dispose de l'ensemble des éléments nécessaires à son accompagnement et proposer un soutien sur d'éventuelles problématiques ;
 - en proposant une médiation entre la personne et son établissement ou résidence d'accueil en cas de difficultés.

- ➔ Proposer de réaccueillir la personne, avec son accord, en cas d'impossibilité d'adaptation de celle-ci à la structure d'accueil.

Les sorties vers un logement autonome

- ➔ Permettre au maximum à la personne de choisir l'emplacement de son logement :
 - si la personne souhaite rester sur son lieu de vie, organiser quand cela est possible le glissement du bail à son nom, ou un relogement dans le même quartier afin de maintenir les repères de la personne et de ne pas engendrer de rupture ;
 - si la personne souhaite s'installer sur un autre territoire, organiser l'ensemble des relais nécessaires et s'assurer de l'efficacité de ceux-ci.

- ➔ Accompagner la personne dans l'équipement de son logement :
 - en l'incitant à anticiper pendant la période d'hébergement par exemple via la constitution d'une épargne ou l'orientation vers les partenaires associatifs pouvant fournir du mobilier financièrement accessible ;
 - en l'orientant vers les aides financières disponibles³⁴.

- ➔ Proposer un accompagnement après la sortie d'une durée qui peut être comprise entre 6 et 12 mois.
 - L'accompagnement peut être proposé par l'équipe de l'établissement et peut comporter :
 - une mise à disposition de l'équipe pour répondre aux difficultés ponctuelles ;
 - une aide à la réalisation des démarches nécessaires pour l'installation dans les lieux ;
 - une consolidation des relais nécessaires avec les partenaires de proximité. Si la personne ne dispose pas des relais suffisants, l'aider à les mettre en place et vérifier l'opérationnalité de ceux-ci. L'accompagnement à la sortie peut par exemple s'appuyer sur l'intervention sur des périodes critiques³⁵ (Critical Time Intervention (CTI)) ;
 - une sécurisation de la relation entre le bailleur et la personne en assurant par exemple une médiation avec le bailleur ou le voisinage en cas de difficultés, ou en proposant un système de bail glissant pour l'accès au logement ;
 - un engagement à réaccueillir la personne, avec son accord, en cas de difficultés importantes dans son logement.

³⁴ Notamment, certains fonds de solidarité pour le logement (FSL) prévoient ce type d'aides financières.

³⁵ Le modèle CTI est présenté en annexe 3.

- L'établissement peut solliciter un accompagnement lié au logement (accompagnement social lié au logement (ASLL), accompagnement vers et dans le logement (AVDL)). Pour faciliter la transition dans l'accompagnement, la prise de contact par les nouveaux intervenants et les relais nécessaires à l'accompagnement peuvent être réalisés avant la sortie de l'établissement afin de créer un lien de confiance.

Proposer un système de glissement de bail pour sécuriser les sorties

Un établissement gérant des ACT a développé un partenariat avec les bailleurs sociaux permettant de glisser le bail au nom de la personne si elle le souhaite, au moment de sa sortie.

Cela permet de travailler l'intégration sur un quartier pendant la prise en charge. Cela apporte une sécurité et une stabilité à la personne et évite un déménagement qui peut être anxiogène pour des personnes ayant connu l'errance.

Les sorties non programmées

- ➔ Accompagner la personne sortant contre l'avis du médecin de l'établissement :
 - en la recevant en entretien pour échanger avec elle de son souhait de quitter l'établissement et en l'informant des risques encourus ;
 - en lui laissant un délai de réflexion, y compris après la sortie³⁶ ;
 - en organisant avec elle les modalités de sa sortie et les relais partenariaux et en prenant attache, avec son accord, avec les maraudes du territoire pour assurer un relais ;
 - en lui laissant la possibilité de stocker pour une durée définie ses affaires (médicaments, biens personnels) ;
 - en lui laissant, le cas échéant, la possibilité de conserver pour une durée définie une domiciliation administrative au sein de l'établissement ;
 - en reprenant contact avec elle dans les 48 heures pour s'assurer du maintien de sa décision et faciliter son retour le cas échéant ;
 - si possible en gardant un contact avec elle et en laissant la place à des allers-retours³⁷.
- ➔ Accompagner la personne sortant pour non-respect du contrat de séjour³⁸ :
 - en lui notifiant par écrit la décision de résiliation de son contrat³⁹, les motifs de cette résiliation et le délai de préavis ;
 - en la recevant pour lui expliciter cette décision en lui rappelant son droit à être accompagnée de la personne de confiance désignée ou d'une personne qualifiée⁴⁰ et/ou en lui proposant d'être accompagnée d'une personne de son choix : proche, représentant des résidents ;

³⁶ L'article L. 311-4-1 II du CASF prévoit que la personne qui résilie son contrat de séjour dispose d'un délai de 48 heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif.

³⁷ Il ne s'agit pas de laisser une place vacante, mais de favoriser le retour d'une personne dans la structure lorsqu'une place est vacante et que sa situation médico-sociale le justifie.

³⁸ L'article L. 311-4-1 III du CASF prévoit que l'établissement peut résilier le contrat de séjour en cas d'inexécution par la personne d'une obligation lui incombant au titre de son contrat, ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement. L'établissement doit alors respecter un préavis d'un mois (article D. 311-0-3 du CASF).

³⁹ Les motifs de résiliation du contrat de séjour doivent être formalisés et figurer dans le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article L. 311-7 du CASF.

⁴⁰ Conformément aux dispositions de l'article L. 311-5 du CASF.

- en lui indiquant les procédures de recours légales et les éventuelles procédures définies par l'établissement ;
- en lui proposant une liste de structures susceptibles de l'accueillir et en l'accompagnant dans la recherche d'une solution adaptée à ses besoins.

➔ Gérer les sorties non prévues :

- en établissant un protocole pour la gestion des affaires des personnes⁴¹. Ce protocole comprend le délai de conservation des affaires, le devenir des affaires à l'issue du délai de conservation, les modalités de restitution des affaires, etc. ;
- en établissant des critères et une procédure de signalement des départs inquiétants :
 - auprès des partenaires accompagnant la personne et des maraudes du territoire ;
 - auprès des autorités de tutelle dans le cadre de la procédure de signalement des événements indésirables⁴² ;
 - auprès des forces de police le cas échéant.

⁴¹ Le protocole peut s'inspirer des obligations réglementaires qui s'imposent aux établissements accueillant des personnes âgées et handicapées : dépôt des affaires abandonnées à la sortie, y compris en cas de décès, conservation des affaires pour une durée d'un an ; remise des affaires au bout d'un an à la Caisse des dépôts et consignations ou aux services du Domaine (articles L. 1113-6 et L. 1113-7 du Code de la santé publique (CSP)).

⁴² Conformément aux dispositions des articles R. 331-8 et suivants du CASF.

2. Organiser l'établissement pour répondre aux besoins des publics du territoire

Les établissements LHSS, LAM et ACT, y compris « Un chez-soi d'abord », sont amenés à accompagner des publics diversifiés, fragilisés ou marqués par leur parcours de rue, aux besoins parfois spécifiques ou complexes.

La mise en œuvre d'un accompagnement adapté, centré sur les priorités des personnes et capable de répondre à la diversité des publics, de leurs attentes et de leurs besoins a des implications sur l'organisation de l'établissement.

Cette organisation repose sur la mise en place d'un cadre de vie convivial et bienveillant permettant la création du lien de confiance (24, 32, 39-42), conciliant liberté et sécurité de chacun et respectueux de l'intimité. Si la prise en compte de la sécurité des personnes participe à la bienveillance de l'ensemble des personnes accueillies (29) (43), cette mise en sécurité est d'autant plus importante pour l'accueil des femmes et des familles (24, 44) et pour l'accueil des personnes ayant subi des violences ou présentant un psychotraumatisme (35, 36, 45).

Elle repose également sur l'organisation et la formation des équipes pluridisciplinaires qui exercent un rôle central et premier dans l'accompagnement des personnes sans domicile. Ainsi, des équipes bienveillantes et multidisciplinaires proposant des compétences, des expériences et des profils variés et incluant des travailleurs pairs permettent une meilleure réponse aux besoins multiples des personnes (21, 22). Cela nécessite qu'elles soient formées à l'accompagnement de personnes à besoins complexes (46) et soutenues dans leurs pratiques (21, 22, 29, 35, 46).

Organiser l'établissement implique, par ailleurs, la construction de processus de prise en charge et d'accompagnement et l'élaboration d'outils. Ces processus d'accompagnement peuvent s'appuyer sur les accompagnements modélisés (38, 47, 48) (49, 50) et incluent des outils d'évaluation.

Cela suppose également l'inscription de l'établissement dans un réseau partenarial fonctionnel, s'appuyant sur la définition d'outils et de modes de collaboration partagés (44, 51) et sensibilisé aux spécificités des publics accueillis (21, 22, 46, 49).

Cela nécessite, enfin, la mise en place d'une veille sur l'évolution des connaissances, des pratiques et des besoins émergents du territoire.

Enjeux et effets attendus

- La mise en place d'un cadre de vie digne et convivial, garantissant la sécurité et l'intimité des personnes accueillies.
- La diversité de l'expertise mobilisable au sein de l'équipe et le soutien aux professionnels.
- L'élaboration des outils et des procédures pour chaque étape de l'accompagnement.
- L'inscription de la structure dans un réseau partenarial sensibilisé aux spécificités du public accueilli.
- La réévaluation et l'actualisation de l'accompagnement proposé en fonction de l'évolution des publics accueillis et des connaissances disponibles.

2.1. Mettre en place un cadre de vie bienveillant et sécurisant

- ➔ Proposer une permanence dans la réponse apportée aux personnes (44) :
 - en organisant une présence physique ou une astreinte téléphonique pour traiter les situations d'urgence ;
 - en assurant une permanence de l'accompagnement médical et social.

- ➔ Identifier les situations de risques et de danger pour les personnes accueillies et les professionnels et mettre en place des protocoles d'intervention accessibles facilement à l'ensemble de l'équipe et aux personnes accueillies⁴³, qui détaillent de manière claire et précise les conduites à tenir et les rôles de chacun dans la gestion de ces situations⁴⁴. Cela comprend notamment :
 - le traitement des faits de violence ou de maltraitance au sein de l'établissement et le cas échéant leur signalement à l'autorité de tarification et de contrôle ;
 - le repérage du risque suicidaire, les mesures de prévention mises en place et la gestion des situations urgentes ;
 - les cas et modalités de recours à l'astreinte de l'établissement ;
 - les cas et modalités de recours aux services de secours ;
 - les cas et modalités de recours aux services d'urgence psychiatrique ;
 - les cas et modalités de recours aux forces de l'ordre ;
 - les modalités de gestion des refus de soins mettant en danger la personne ;
 - les modalités de gestion du risque infectieux ;
 - .../...

- ➔ Garantir le droit à une vie privée et familiale :
 - en facilitant l'accueil des accompagnants et leur accès aux services collectifs lorsqu'ils existent (prestation de restauration, de blanchisserie) ;
 - en adaptant le mobilier et l'aménagement des lieux d'hébergement aux familles et à l'accueil de tiers. Il peut s'agir de proposer des lits doubles pour les adultes, d'assurer une place dédiée pour les enfants, de prévoir un mobilier adapté, de sécuriser le logement pour l'accueil de jeunes enfants... ;
 - en proposant un hébergement adapté à la composition de la famille accueillie. Cela peut nécessiter de modifier l'offre de logement de l'établissement. Par exemple, un établissement ne disposant que de petits logements qui constaterait une demande importante d'accueil de familles, pourrait adapter son parc pour proposer des logements plus grands. Cette adaptation de l'offre peut être organisée à l'échelle du territoire, en lien avec les autres établissements afin de proposer, sur un même territoire, un ensemble de réponses adaptées ;
 - en facilitant les visites de proches, y compris au sein des collectifs ou des hébergements de courte durée ;
 - en permettant les absences pour favoriser les séjours chez des proches ;
 - .../...

⁴³ Ces éléments figurent notamment dans le règlement de fonctionnement de l'établissement (article R. 311-35 du CASF).

⁴⁴ Le mémento « Prise en charge des urgences en contexte addictologique » édité par le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (Respadd) donne des indications qui peuvent être utilement mobilisées pour l'élaboration des protocoles. https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/03/guide_Urg.pdf

- ➔ Garantir la sécurité et préserver l'intimité des personnes en :
 - privilégiant des chambres ou des appartements individuels ;
 - prévoyant, dans les établissements où des chambres à plusieurs lits subsistent :
 - l'association des personnes au choix de leur(s) voisin(s) de chambre ;
 - la possibilité de pouvoir changer de voisin(s) de chambre ;
 - l'organisation d'espaces modulables dans les chambres (paravents, cloisons...) ;
 - la mise à disposition de chambres seules pour les personnes dont l'état de santé physique ou psychique le justifierait ;
 - définissant, pour les établissements proposant de l'hébergement individuel et collectif, les complémentarités entre ces deux modes d'hébergement et les situations pour lesquelles un accueil dans un hébergement collectif est plus adapté. Le collectif peut par exemple permettre l'accueil de personnes dont la pathologie nécessite une plus grande surveillance, alors que le logement individuel facilite l'accès à l'autonomie ;
 - réservant, en fonction des besoins et des souhaits de chacun, un espace dédié à l'hébergement des femmes et des familles ;
 - .../...

- ➔ Proposer des locaux et logements accueillants et adaptés aux besoins des personnes et veiller à la qualité du cadre de vie :
 - en offrant la possibilité d'accueillir les animaux domestiques, notamment pour les personnes très marginalisées ;
 - en autorisant, dans le respect des normes d'hygiène et de sécurité des établissements, du mobilier appartenant à la personne ;
 - en favorisant dans les lieux d'hébergement l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (accès à des salles équipées, accès au Wi-Fi...), et en accompagnant les personnes pour l'appropriation et l'utilisation de ces technologies ;
 - en veillant à la propreté des locaux et au bon état de fonctionnement du matériel mis à disposition des personnes ;
 - en proposant des espaces favorisant la convivialité et les échanges informels (espaces café, petits salons...) ;
 - en apposant le nom des personnes sur la porte de leur logement et de leur boîte aux lettres afin qu'elles se sentent accueillies et attendues ;
 - .../...

- ➔ S'assurer de disposer de logements et de locaux d'accueil (bureaux et lieux d'activités collectifs) accessibles aux personnes à mobilité réduite⁴⁵.

- ➔ En s'appuyant sur les instances de participation des usagers, concevoir, au sein du règlement de fonctionnement, des modalités de vie collective⁴⁶ adaptées aux besoins, attentes et modes

⁴⁵ Article L. 111-7 du Code de la construction et de l'habitation.

⁴⁶ Conformément aux dispositions de l'article L. 311-37 du CASF.

de vie des personnes et respectueuses de leurs droits et libertés⁴⁷. Il s'agit de définir notamment :

- l'utilisation des locaux collectifs et les partages de ceux-ci (par exemple espaces réservés aux enfants...);
 - les horaires de la collectivité dans le respect de la liberté d'aller et venir des personnes ;
 - les obligations et devoirs et les motifs de ceux-ci ;
 - les règles concernant les consommations de substances psychoactives au sein de l'établissement dans le respect des droits et des difficultés des personnes ayant un trouble de l'usage ;
 - les modalités de gestion des situations de non-respect des règles de vie collective ;
 - .../...
- ➔ Favoriser la cohabitation et développer la convivialité entre les différents publics :
- en proposant des espaces collectifs de partage et d'échange. Si la structure ne dispose pas de locaux suffisants, elle peut faire appel au partenariat ;
 - en organisant des espaces permettant d'échanger autour des sujets potentiellement conflictuels (respect, hygiène...);
 - en s'appuyant sur le CVS ou des représentants des usagers pour aider à la régulation des relations collectives ;
 - .../...

2.2. Organiser l'équipe pour répondre à la diversité des besoins des personnes accueillies

2.2.1. Développer la pluralité de l'expertise

- ➔ Identifier les compétences professionnelles nécessaires pour répondre aux besoins des personnes. En fonction des publics accueillis, ces compétences peuvent relever des domaines suivants :
- l'addictologie, le repérage des addictions et la réduction des risques et des dommages ;
 - la santé mentale ;
 - la prise en charge du psychotraumatisme ;
 - les troubles neurocognitifs ;
 - le repérage et la prévention des risques : violence, maltraitance, risque suicidaire... ;
 - la prise en charge des maladies chroniques ;
 - la prévention et la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique des patients et la coordination thérapeutique ;
 - la gérontologie, et la perte d'autonomie ;
 - l'accompagnement à la parentalité ;

⁴⁷ Article R. 311-7 du CASF.

- l'accompagnement éducatif et scolaire pour les enfants ;
 - le droit des étrangers (accès au séjour pour raisons de santé des personnes malades et accès au séjour des accompagnants, procédures de demande d'asile, accès au séjour des ressortissants de l'Union européenne, accès au séjour par le travail, acquisition de la nationalité française...) et les droits sociaux y afférents (droits à l'assurance maladie, droit à des ressources financières, reconnaissance de la situation de handicap, accès au marché du travail...)
 - l'accompagnement lié au logement ;
 - l'accompagnement socioprofessionnel ;
 - l'animation socioculturelle et sportive ;
 - .../...
- ➔ En tenant compte des compétences présentes dans le réseau partenarial, doter l'établissement des compétences manquantes à travers :
- la stratégie de recrutement de l'équipe pluridisciplinaire, en privilégiant des expériences professionnelles et personnelles diversifiées, des formations et des cultures différentes ;
 - la formation des professionnels pour développer les compétences spécifiques et techniques nécessaires.
- ➔ Favoriser le développement de postures professionnelles égalitaires et non jugeantes facilitant la création du lien (savoir-être et savoir-faire) en formant les professionnels aux approches centrées sur la personne (entretien motivationnel, approche par les forces, développement du pouvoir d'agir, accompagnement orienté rétablissement...).
- ➔ Organiser des formations collectives permettant de développer une approche d'équipe pour répondre aux problématiques des personnes accueillies.

Accompagner la réflexion sur les postures des professionnels
Former/sensibiliser les équipes aux problématiques spécifiques
des personnes accompagnées

Certains accompagnements mettent les équipes en difficulté car les problématiques des personnes accompagnées sont mal connues ou mal comprises et les comportements liés à ces problématiques pas toujours correctement interprétés. L'objectif de la formation est alors de donner aux professionnels des clefs de compréhension et des grilles de lecture pour mieux comprendre les réactions des personnes et les comportements liés à la problématique et leur permettre de réajuster l'accompagnement proposé. En fonction des personnes accueillies dans l'établissement, il peut s'agir de formations/sensibilisations aux addictions, aux troubles psychiatriques, au psychotraumatisme, à l'interculturalité... Organiser ces formations de manière collective au sein de l'établissement permet de développer une approche d'équipe. Les organiser en lien avec d'autres établissements confrontés aux mêmes questionnements permet de développer une approche partenariale, de renforcer les liens avec les partenaires et de développer une approche cohérente sur un territoire.

Les approches centrées sur la personne

Elles permettent aux professionnels de se déporter de leur position de sachant et d'appréhender la personne comme experte de sa situation, avec ses propres difficultés mais également ses propres leviers d'action. Le rôle du professionnel n'est alors plus d'agir avec et pour la personne mais de permettre que celle-ci retrouve sa capacité à agir, les solutions de la personne étant souvent les plus opérantes pour elle-même.

L'utilisation des approches centrées sur les forces permet de replacer la personne au centre de son accompagnement et de la rendre actrice de celui-ci.

L'élaboration du plan de formation peut permettre la prise en compte de l'ensemble de ces dimensions de la formation des professionnels.

- ➔ Afin de mobiliser les savoirs, savoir-faire et savoir-être issus de l'expérience, intégrer des personnes ayant une expertise du vécu au sein des équipes (22). Ces personnes peuvent avoir été hébergées dans des établissements similaires, ou avoir connu un parcours de rue, des addictions, un parcours en santé mentale... Elles exercent une fonction de médiation entre les personnes et l'équipe et permettent de diminuer l'asymétrie de la relation. Elles sont des facilitateurs dans la création d'un lien de confiance. Elles permettent de diffuser l'espoir « qu'il est possible de se rétablir » et permettent, par leur exemple, de responsabiliser les personnes accompagnées. Elles amènent également l'équipe à plus de bienveillance et de respect.

- ➔ Organiser et clarifier la place et le rôle des pairs au sein de l'équipe :
 - en définissant leur statut (salarié/bénévole). Si l'établissement choisit de s'appuyer sur des salariés, définir le statut administratif de ceux-ci et leur positionnement dans l'organigramme : il est important que le statut des travailleurs pairs leur assure une sécurité et ne les maintienne pas dans une forme de précarité ;
 - en définissant, avec leur accord, les missions et les obligations réciproques y compris lorsqu'ils sont bénévoles ;
 - en adaptant le cas échéant les horaires et la durée du travail à leurs souhaits et capacités ;
 - en veillant à ce que les règles de fonctionnement de l'équipe puissent être compatibles avec la proximité nécessaire permettant d'assurer les missions du travail pair ;
 - en définissant leur rôle, les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les pairs et les membres de l'équipe, et les règles de confidentialité qui leur sont applicables, en particulier lorsque le pair est par ailleurs accueilli dans l'établissement ;
 - en explicitant auprès des équipes le rôle et les missions des pairs et les attendus de leur intégration ;
 - en s'assurant que la place des pairs est comprise et acceptée par l'équipe ;
 - en restant vigilant aux difficultés de collaboration, d'intégration dans l'équipe.Construire la place des pairs avec l'équipe facilite leur intégration et permet d'éviter certaines situations de rupture.

- ➔ Soutenir les travailleurs pairs en leur proposant des espaces dédiés de réflexion, d'analyse et d'élaboration. Ces espaces peuvent être mutualisés entre plusieurs structures et établissements.
- ➔ Expliciter auprès des personnes accueillies le rôle et les missions des pairs, en ayant convenu au préalable des éléments de leur histoire et de leur parcours qu'ils souhaitent ou non divulguer.
- ➔ Inscrire les pairs dans des dispositifs de formation :
 - spécifiques à leur intervention en tant que pair, pour leur permettre d'élaborer sur leur vécu et de mieux l'utiliser dans le soutien aux personnes ;
 - techniques, pour développer des compétences utiles pour l'accompagnement (en addictologie, en droit des étrangers, sur la prévention des violences...), et leur permettre, s'ils le souhaitent, de s'inscrire dans un parcours qualifiant.

Les médiateurs de santé pairs dans les ACT « Un chez-soi d'abord⁴⁸ »

Le dispositif « Un chez-soi d'abord » s'appuie obligatoirement sur des travailleurs pairs, qui exercent en tant que médiateurs de santé pairs.

Le médiateur de santé pair a une expérience d'utilisateur des services de soins en santé mentale complétée par une formation ou une validation des acquis personnels.

Son intervention s'inscrit dans une dynamique fondée sur la ressemblance avec la personne accompagnée liée à des expériences communes (parcours de rue, addiction, parcours en santé mentale). La qualité de pair est énoncée aux personnes logées dès l'entrée dans le dispositif. L'intervention se construit notamment sur la proximité entre le médiateur de santé pair et les personnes logées.

2.2.2. Soutenir l'équipe

- ➔ Mettre en place des temps d'analyse des pratiques, afin de permettre aux professionnels de repérer et comprendre les difficultés rencontrées au quotidien, d'interroger leurs positionnements dans les relations avec les personnes accompagnées, de prendre du recul et de réfléchir à leurs propres modes de fonctionnement et à leurs interventions.
- ➔ Organiser un dispositif de soutien psychologique en interne ou en externe, individuel ou collectif, mobilisable en cas de besoin.
- ➔ Repérer les membres de l'équipe (professionnels de l'accompagnement et du soin ou fonctions supports) qui pourraient être en difficulté dans l'exercice de leurs fonctions. Ce repérage peut s'effectuer en mettant en place des actions permettant de recueillir et d'analyser la représentation que le professionnel se fait de sa propre efficacité (en interrogeant par exemple sa

⁴⁸ Site extranet de la Dihal consacré au dispositif « Un chez-soi d'abord ».

perception du public accueilli, sa perception du bien-fondé de ses actions, son aptitude à analyser le sens de ses actions, la reconnaissance et l'estime qu'il reçoit des autres professionnels...). Organiser le soutien à ces professionnels en leur proposant un accompagnement individuel, de la formation adaptée ou la mise en place d'espaces de supervision individuelle...

- ➔ Prévenir l'usure professionnelle et soutenir l'implication dans la relation d'aide en mettant en place des espaces de réflexion, sous la responsabilité du chef de service, permettant une réflexion des équipes, y compris les travailleurs pairs, sur les accompagnements proposés. Ces espaces permettent une réflexion sur les projets et les capacités d'autonomie des personnes hébergées et une prise de recul notamment sur les éventuels vécus traumatiques des professionnels. Ils permettent également d'élaborer des réponses collectives pour les accompagnements mettant l'équipe ou certains de ses membres en difficulté.

2.3. Développer les outils et les pratiques d'accompagnement adaptés aux besoins des personnes et favorisant la continuité des parcours

- ➔ Mettre en place une instance éthique⁴⁹ (22) mobilisable en cas de difficultés ou de questionnements pour permettre un réajustement permanent des pratiques d'accompagnement au regard des valeurs et des principes de l'institution. La réflexion éthique de l'établissement peut porter notamment sur :
 - la mise en œuvre des missions de l'établissement et ses limites. Cela comprend l'articulation entre les priorités de la personne et les missions de l'établissement, la délivrance des soins respectueuse de la personne, l'accompagnement des personnes n'exprimant pas de demande ;
 - la recherche du consentement éclairé dans la délivrance des soins et de l'accompagnement social ;
 - la mise en œuvre de l'accueil inconditionnel. Cela comprend notamment la conciliation de l'accueil de publics différents avec la sécurité des personnes accueillies, les réponses aux situations de violence, le droit à l'intimité et à la vie de famille, l'accueil et l'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives licites ou illicites et la gestion des consommations au sein de la structure, la prise en charge du psychotraumatisme et le rapport bénéfice-risque de son dépistage systématique⁵⁰... ;
 - l'équité de traitement et la personnalisation de l'accompagnement ;
 - la gestion des sorties, des délais de prise en charge et des sorties sans solution ;

⁴⁹ Le terme « instance éthique » est ici utilisé au sens de l'ANESM. Il définit un espace collégial et pluriel identifié « qui consacre un temps à la réflexion distinct du temps de l'action » et qui est « un lieu ressource pour l'ensemble des acteurs ». Pour plus d'information sur la réflexion éthique, se rapporter aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835426/fr/le-questionnement-ethique-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux.

⁵⁰ Concernant le dépistage des traumatismes dès le premier accueil, un consensus existe dans la littérature en faveur d'un questionnement à l'admission pour les structures d'addictologie et de santé mentale. Pour les autres structures, la littérature ne permet pas de trancher entre l'intérêt et les risques liés à un dépistage systématique. Aussi, il est important pour les établissements d'intégrer ce questionnement à la réflexion éthique.

- les modalités de transmission des informations aux partenaires et de recueil du consentement éclairé des personnes ;
- .../...

La réflexion éthique se construit de manière déconnectée de l'urgence d'une situation et s'appuie sur un processus de va-et-vient entre un cas singulier et un thème général, et donne du sens aux pratiques.

Au sein de l'institution, la réflexion éthique permet la définition de valeurs qui peuvent être formalisées au sein du projet de la personne morale et rappelées dans le projet d'établissement ou dans une charte.

La réflexion éthique s'appuie sur la volonté politique des instances dirigeantes de l'organisme gestionnaire et associe le personnel de direction de l'établissement, le personnel d'encadrement, les salariés et bénévoles, les personnes accompagnées et leurs représentants afin que les valeurs portant l'organisation soient coconstruites et les pratiques réinterrogées en permanence. Elle peut alors prendre la forme d'un comité permanent.

Au sein de l'établissement, la réflexion éthique permet un réajustement régulier des pratiques d'accompagnement.

Pour ne pas rester enfermé dans un entre-soi, la réflexion éthique s'inscrit dans son environnement et intègre des apports extérieurs à l'établissement. Il peut s'agir d'associer des personnes ressources ou des partenaires de l'établissement. La réflexion éthique peut également être mutualisée avec d'autres établissements ou structures, elle peut par exemple s'inscrire dans les espaces de réflexion éthiques régionaux (Erer) ou au sein d'une fédération nationale.

➔ Évaluer l'opportunité de développer un accompagnement s'appuyant sur des principes modélisés, testés et évalués comme par exemple :

- l'approche par les forces (38) ;
- le développement du pouvoir d'agir (47) ;
- l'accompagnement orienté rétablissement (48) ;
- .../...

et sur des modalités modélisées, testées et évaluées comme par exemple :

- le suivi intensif dans la communauté (49) ;
- le *case management* intensif⁵¹ ;
- l'intervention sur des périodes critiques pour accompagner les transitions (50) ;
- .../...

⁵¹ Le case management intensif n'a pas fait l'objet d'une modélisation. Il s'agit d'un accompagnement dans lequel un référent identifié accompagne de manière intensive un nombre de personnes limité. Il a néanmoins été testé et évalué dans le cadre de la mise en œuvre de certains programmes de type housing first et notamment le programme « At Home / Chez soi » canadien.

Dans ces cas :

- organiser la formation des équipes aux modèles d'accompagnement proposés et aux outils associés à ces modèles (28, 52-54) ;
- s'assurer de la fidélité au modèle, cette fidélité étant un gage d'efficacité de l'accompagnement proposé (55) (53). Il s'agira notamment de respecter les éléments clefs du modèle en s'appuyant, le cas échéant, sur les grilles de fidélité existantes⁵² ;
- s'assurer de l'adaptation au contexte national et local, l'adaptation au contexte étant nécessaire à l'implantation d'un modèle (44).

La mise en œuvre du housing first en France : le modèle du « chez-soi d'abord »

Une fidélité au modèle :

- un logement qui répond aux souhaits de la personne ;
- l'accès au logement n'est pas lié à l'entrée dans le soin ;
- la personne a la possibilité de quitter le dispositif et d'y revenir sans crainte de perdre son logement ;
- la personne a la possibilité de pouvoir échanger de manière transparente avec l'équipe sur la question des addictions.

Une adaptation au contexte national et local :

- un modèle qui s'adapte à la politique nationale de santé et d'accès aux soins et à l'organisation locale de la psychiatrie ;
- un modèle qui s'adapte aux politiques et dispositifs nationaux d'accès au logement et aux spécificités des marchés immobiliers locaux.

- ➔ Concevoir un processus d'admission facilitant la pertinence des orientations et l'accès à l'établissement, à travers :
 - l'élaboration d'outils et de supports de communication à destination des professionnels et du public ;
 - l'identification et l'entrée en lien avec les partenaires potentiellement orienteurs ;
 - la définition, avec ces partenaires, de modes et d'outils de collaboration (instruction du dossier d'admission, recueil et partage des informations nécessaires et utiles...) ;
 - la définition d'une procédure de notification de la réponse à la personne (délai, support).
- ➔ Concevoir un processus d'accueil facilitant l'arrivée, le repérage et l'information des personnes. Ce processus précise notamment :
 - les modalités de contact et d'échange avec la personne en amont de son arrivée dans l'établissement ;

⁵² Dans les modèles housing first, suivi intensif dans la communauté et approche par les forces, des grilles d'évaluation de la fidélité au modèle ont été testées et validées (56-58).

- les éléments d'information à transmettre concernant les missions de la structure, ses limites et le type d'accompagnement proposé⁵³. Cela inclut :
 - l'organisation de l'accompagnement (désignation d'un ou plusieurs référents, référence portée par l'équipe, articulation de l'accompagnement social et médical...);
 - l'intensité de l'accompagnement proposé afin de concilier au mieux, la réponse aux besoins et attentes des personnes accompagnées et les moyens d'accompagnement de l'établissement ;
 - les modalités de l'accompagnement proposé (accueil libre, rendez-vous, visite à domicile, accompagnement aux rendez-vous extérieurs) ;
 - les domaines d'accompagnement proposés par l'établissement et les éventuels relais auprès de partenaires spécialisés (addictions, santé mentale, droit des étrangers, accompagnement socioprofessionnel...);
 - les éléments d'information concernant la situation de la personne pertinents à transmettre et à recueillir à cette étape ;
 - les outils et supports d'information utilisés, et leurs adaptations aux différents publics accueillis ;
 - l'organisation de l'accueil physique : parcours/circuit d'accueil et de visite des locaux, et les intervenants concernés.
- ➔ Concevoir un processus d'évaluation et de coconstruction du projet personnalisé visant à garantir que les priorités de la personne sont au centre de son projet, à travers notamment :
- l'adoption ou la conception d'outils d'évaluation adaptés ;
 - la définition des modalités de l'évaluation : temporalité et type d'évaluations conduites, intervenants impliqués, modalités de passation des évaluations, modalités de synthèse ou de coévaluation en équipe pluridisciplinaire ;
 - la définition des modalités de construction et de révision du projet : délai de construction, durée, conditions et durées des éventuels renouvellements ;
 - la construction d'outils et d'espaces de coordination des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire autour des objectifs du projet et de leurs évolutions.
- ➔ Concevoir un processus d'accompagnement des sorties qui permet de sécuriser les transitions et de prévenir les ruptures d'accompagnement. Ce processus prévoit notamment :
- l'identification et l'entrée en lien avec les partenaires d'aval ;
 - la définition, avec ces partenaires, d'outils et de modes de collaboration ;
 - la définition des critères médicaux et sociaux qui ne justifient plus une prise en charge de l'établissement et la hiérarchisation éventuelle de ces critères ;
 - la procédure de notification de la fin d'hébergement ;
 - les modalités d'accompagnement des sorties contre l'avis du médecin de l'établissement ;
 - les modalités d'accompagnement des sorties non préparées. Cela comprend la gestion des affaires des personnes sorties et la mise en place de protocoles de signalement (critères et

⁵³ Ces éléments doivent notamment figurer dans le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement (articles L. 311-8 et R. 311-33 et suivants du CASF).

modalités) auprès des autorités de tarification et de contrôle ou auprès des forces de l'ordre le cas échéant ;

- les modalités de résiliation du contrat de séjour pour non-respect de celui-ci par la personne⁵⁴.

L'ensemble de ces procédures et modalités d'organisation est à construire en équipe pluridisciplinaire et avec les usagers ou leurs représentants.

2.4. Inscrire l'établissement dans son territoire pour favoriser la continuité des parcours

2.4.1. Identifier les partenaires et participer à la mise en œuvre d'une organisation territoriale adaptée aux besoins des personnes

- ➔ Identifier et définir les modalités d'entrée en lien et de collaboration avec les partenaires potentiellement orienteurs, tels que :
 - les centres hospitaliers généralistes et psychiatriques (et notamment les permanences d'accès aux soins de santé (Pass)) ;
 - les structures AHL, et notamment le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) ;
 - les équipes mobiles sociales, bénévoles et professionnelles, et psychiatriques ;
 - les circonscriptions de service social ;
 - les bailleurs sociaux (dans le cadre du repérage de situations d'expulsion locative et pour les dispositifs ACT à domicile notamment...) ;
 - les établissements et services de la protection de l'enfance (pour permettre une réponse aux besoins de certains jeunes majeurs) ;
 - les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) résidentiels ;
 - .../...
- ➔ En lien avec les autres établissements LHSS, LAM, ACT et ACT « Un chez-soi d'abord », concourir à une meilleure lisibilité de l'offre de service des établissements et à l'harmonisation des procédures d'admission sur un territoire pour qu'elles soient repérables facilement par les orienteurs et les personnes formulant une demande d'admission. Il peut s'agir :
 - de mettre en place un dossier social et médical unique pour tous les établissements ;
 - d'homogénéiser la composition et le fonctionnement des commissions (notamment en y intégrant les orienteurs), ou de les mutualiser afin d'assurer une équité de traitement des situations et une répartition des personnes homogène entre les établissements ;

⁵⁴ L'article L.311-4-1 paragraphe 3 du CASF prévoit que l'établissement peut résilier le contrat de séjour en cas d'inexécution par la personne d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement. L'établissement doit alors respecter un préavis d'un mois (article D. 311-0-3 du CASF).

- de mutualiser l'ensemble du processus d'admission (guichet unique de réception et de traitement des demandes).

Cette réflexion peut être menée en lien avec les acteurs du territoire concernés, et notamment les acteurs du secteur AHI et les hôpitaux de proximité afin de permettre une acculturation de toutes les parties et une meilleure coordination.

- Définir des modalités d'information et d'échange sur les situations des personnes avec le SIAO. En effet, les personnes hébergées dans les établissements LHSS, LAM et ACT dont les ACT « Un chez-soi d'abord » sont souvent susceptibles de solliciter le dispositif AHI. Il est donc important de créer un espace d'échange autour des situations des personnes hébergées dans les dispositifs AHI qui auraient besoin de soins, et des situations des personnes hébergées dans les établissements de soins et qui n'en nécessiteraient plus. Il peut s'agir :
- d'intégrer le SIAO dans les commissions d'admission des établissements ou de lui en déléguer l'animation ou la gestion⁵⁵ ;
 - de participer aux instances du SIAO (en fonction de l'organisation territoriale, cela peut prendre la forme d'une participation de l'établissement aux commissions du SIAO) ;
 - de conventionner sur des modalités d'échange d'informations⁵⁶ et d'accueil croisé de personnes dont la situation le nécessite, y compris en urgence.

La mise en place d'un guichet unique : l'exemple des ACT de Seine-Saint-Denis

Les ACT de Seine-Saint-Denis recevaient un nombre croissant de dossiers d'admission, les mêmes dossiers étaient reçus par toutes les structures indépendamment des spécificités de chaque ACT.

L'organisation en guichet unique a permis un gain de temps dans le traitement des dossiers, une meilleure lisibilité pour les prescripteurs et les usagers, des délais de réponse réduits et une orientation mieux adaptée. Cela a également permis une meilleure connaissance entre les partenaires facilitant les échanges d'expériences et le traitement des situations complexes.

- Identifier les partenaires médicaux du territoire. Cela comprend
- la médecine hospitalière : centres hospitaliers, dont les PASS, et services spécialisés selon les besoins des personnes accompagnées. Définir notamment les actes pour lesquels ces partenaires peuvent être sollicités et l'articulation des rôles dans la délivrance des soins aux personnes ;
 - la médecine de ville, et les professionnels paramédicaux : médecins traitants et professionnels paramédicaux susceptibles de recevoir des personnes accueillies dans l'établissement ou d'intervenir dans l'établissement (infirmiers, kinésithérapeutes...), centres ou maisons de santé, microstructures, etc. ;

⁵⁵ Déléguer la gestion de la commission d'admission au SIAO nécessite que celui-ci soit équipé du personnel médical nécessaire, soit directement soit par convention avec des partenaires.

⁵⁶ Conformément aux dispositions des articles L. 1110-4 et suivants du CSP.

- la psychiatrie : le secteur psychiatrique (CMP, centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), hôpitaux psychiatriques) et notamment les dispositifs à destination des publics précaires (équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), Pass psychiatriques) et les dispositifs permettant une réponse aux situations d'urgence (services d'urgences psychiatriques) ;
 - la gérontologie et les partenaires spécialisés dans la prise en charge des troubles neurocognitifs ;
 - la gynécologie et l'obstétrique ;
 - les plateformes territoriales d'appui (PTA) et/ou les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour l'accompagnement des parcours complexes ;
 - les services d'hospitalisation à domicile (HAD) et services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour les ACT ;
 - les acteurs spécialisés dans la prise en charge du psychotraumatisme et notamment les centres régionaux de psychotraumatisme⁵⁷ et les centres spécialisés dans la prise en charge du psychotraumatisme lié aux parcours migratoires ;
 - .../...
- ➔ Identifier les partenaires médico-sociaux et sociaux du territoire. Cela comprend
- les autres établissements de soins pour personnes sans domicile du territoire (LHSS, LAM, ACT et ACT « Un chez-soi d'abord »), leur offre de services, les complémentarités entre les établissements, les coopérations possibles et les mutualisations potentielles de moyens ;
 - les partenaires de l'addictologie : CSAPA, dont les CSAPA résidentiels, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), services d'addictologie des hôpitaux ;
 - les circonscriptions de service social d'où les personnes sont majoritairement originaires, pour faciliter la désignation d'un référent ou la poursuite du travail en lien avec celui-ci ;
 - les associations caritatives présentes sur le territoire, leurs possibilités de soutien aux personnes et leurs limites.
- ➔ Identifier les partenaires de l'insertion socioprofessionnelle et les dispositifs d'accès à la formation professionnelle et à l'emploi : Pôle emploi, plans locaux pour l'insertion et l'emploi (Plie), missions locales, associations intermédiaires, associations d'aide à la réinsertion... Repérer notamment les dispositifs d'insertion par l'activité économique (IAE) et les éventuels dispositifs spécifiques pour l'accès à l'emploi des personnes qui en sont très éloignées (exemples : Tapaj pour les publics jeunes, ou localement le dispositif premières heures, le dispositif TZCLD ou le dispositif Working First pour les personnes en situation d'exclusion). Pour les personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé, repérer les dispositifs d'insertion professionnelle à destination des personnes handicapées (CAP Emploi, les centres de réadaptation et de rééducation pour l'évaluation des capacités au travail, les Esat...).
- ➔ Identifier les partenaires culturels, sportifs et de loisirs.

⁵⁷ La liste de ces centres est disponible à l'adresse suivante : <http://cn2r.fr/obtenir-de-laide-pour-soi-ou-pour-un-proche/>

- ➔ Identifier les établissements scolaires de proximité.
- ➔ Identifier les partenaires institutionnels (préfecture, Ofii) et associatifs (Groupe d'information et de soutien des immigrés (Gisti), Comède, les partenaires du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile) spécialisés dans le droit des étrangers, leurs missions et les collaborations possibles.
- ➔ Identifier les institutions partenaires participant à l'accès aux droits des personnes accueillies : MDPH, CPAM, Caisse d'allocations familiales (CAF).
- ➔ Identifier les services d'aide à la mobilité : réseaux de transport en commun, taxis conventionnés.
- ➔ S'inscrire dans les espaces partenariaux de coordination et de concertation du champ de la santé et du social et les espaces partenariaux d'évaluation et de coordination autour des situations complexes : réseaux de santé, réseaux santé et précarité, conseils territoriaux de santé (CTS), conseils locaux de santé mentale (CLSM), PTA, DAC...
- ➔ Identifier et définir les modalités d'entrée en lien et de collaboration avec les partenaires d'aval, tels que :
 - les maraudes du territoire, notamment pour les personnes faisant le choix d'un retour à la rue ;
 - le SIAO pour les personnes nécessitant un hébergement ou un logement accompagné. Le partenariat avec le SIAO est notamment important pour les LHSS qui proposent une durée de prise en charge courte et pour les établissements qui accueillent des personnes sans titre de séjour stable ;
 - les acteurs du logement accompagné : maisons relais ou pensions de famille, résidences accueil, résidences sociales, foyers de jeunes travailleurs... ;
 - l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) et/ou les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile pour les personnes nécessitant un hébergement dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile ;
 - les autres établissements médico-sociaux du territoire pouvant proposer des solutions de sortie adaptées aux personnes hébergées : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), foyers logements, CSAPA résidentiels... ;
 - les bailleurs sociaux ;
 - les agences immobilières à vocation sociale ;
 - les dispositifs d'accès prioritaire au logement social⁵⁸.

⁵⁸ Droit au logement opposable (Dalo) institué par la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 ; pour les ACT, loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté ; dispositifs et plans territoriaux pouvant reconnaître une priorité aux personnes hébergées (accords départementaux, PDAHLPD).

➔ Formaliser les coopérations avec les partenaires principaux au moyen du support le plus adapté (charte partenariale, protocole, convention, etc.). Les attendus de la collaboration doivent être indiqués précisément. Cela comprend notamment

- les modalités de sollicitation ou d'interpellation des partenaires : désignation d'un référent dans chaque structure, élaboration des modalités de prise de contact (fiche de liaison, mail, contact téléphonique...);
- les modalités d'orientation des personnes vers les partenaires : réservation de créneaux horaires spécifiques, possibilité d'accompagner aux rendez-vous si la personne le souhaite, débriefing éventuel après le rendez-vous ;
- les modalités et les outils de recueil de l'information ;
- les modalités de partage de l'information (réunions de suivi, de synthèse...).

L'organisation de ces modalités de collaboration avec les partenaires est d'autant plus importante que la durée de la prise en charge est courte, car elle permet d'être plus efficace dans l'accompagnement proposé dès le début de la prise en charge.

L'ensemble de ces modalités doivent être explicitées aux personnes concernées et librement consenties.

➔ Désigner des référents pour les partenaires principaux au sein de l'établissement et si possible des référents au sein des structures partenaires pour faciliter la connaissance mutuelle et améliorer le service apporté aux personnes.

➔ Prendre en compte dans les emplois du temps des professionnels, et particulièrement des référents, le temps nécessaire pour faire vivre ces partenariats.

2.4.2. Sensibiliser les partenaires du territoire à l'accompagnement des publics à besoins complexes et les soutenir

➔ Sensibiliser les partenaires du territoire aux problématiques des personnes accueillies dans les établissements :

- en les formant/sensibilisant à l'accompagnement des personnes avec des besoins complexes (troubles psychiatriques, addictions, psychotraumatisme...);
- en accueillant des professionnels d'équipes partenaires en immersion dans les équipes de l'établissement ;
- en développant des pratiques d'immersion dans des équipes de professionnels partenaires (échanges avec des CMP, CSAPA, Caarud, EMPP...);
- en mutualisant des postes avec des structures partenaires (centres hospitaliers...);
- en développant des formations coconstruites avec les partenaires ;
- en proposant aux partenaires de participer aux formations internes à l'établissement.

Développer des pratiques d'immersion pour répondre aux spécificités des publics accueillis

Un établissement gérant des LHSS accueille un nombre important de personnes présentant des problématiques addictives.

Les professionnels des LHSS ont bénéficié de temps d'immersion au sein des CSAPA de proximité.

Ces CSAPA accueillent de nombreuses personnes en errance. Ces échanges ont permis le développement d'un partenariat. Aujourd'hui, lorsque les LHSS accueillent une personne suivie par un CSAPA, l'équipe du CSAPA organise une réunion commune pour faciliter la création d'un lien de confiance.

Les LHSS accueillent également une équipe EMPP et une équipe de liaison psychiatrique (ELP) dans leurs locaux pour éclairer l'équipe sur les situations complexes et accompagner les personnes le souhaitant.

Les LHSS sont identifiés par les partenaires comme un établissement sachant accueillir les personnes présentant des problématiques addictives ou des problématiques de santé mentale.

- ➔ Contribuer à la sensibilisation des professionnels du soin et du travail social aux problématiques des personnes accueillies dans les établissements :
 - en accueillant ces professionnels en stage pendant leur formation ;
 - en intervenant dans les dispositifs de formation. Ces interventions peuvent être réalisées pour les formations médicales et sociales. Elles peuvent être proposées par des professionnels du soin, du travail social ou par des travailleurs pairs représentant l'expertise du vécu.

- ➔ Assurer une mission d'interface entre les personnes et les partenaires afin de faciliter l'entrée en relation, de permettre le passage de relais ou de faire médiation en cas de rupture ou de conflit.

- ➔ Proposer un soutien de l'établissement aux partenaires en difficulté avec l'accompagnement des publics à besoins complexes.

2.5. Garantir l'adaptation des pratiques et de l'organisation à l'évolution des connaissances et des publics

- ➔ Identifier régulièrement l'état des connaissances, des pratiques et des besoins concernant l'accompagnement des personnes sans domicile :
 - en se documentant sur les caractéristiques et les évolutions des publics à la rue ;
 - en recherchant les approches, les interventions et les outils disponibles ;
 - en organisant une veille documentaire et informationnelle sur ces sujets.

Les ressources suivantes peuvent être mobilisées pour mettre en œuvre cette veille :

- les publications et lettres d'information des principales fédérations du secteur – Fédération Addiction (FA), Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), Fédération nationale des Samu sociaux (FNSS), Fédération Santé Habitat (FSH) ;
- les rapports, publications et ressources mises à disposition par la Dihal, notamment concernant le programme « Un chez-soi d'abord » ;
- les publications de Santé publique France ;
- les rapports et publications des observatoires régionaux de santé (ORS) ;
- les publications et rapports annuels de Médecins du monde concernant l'accès aux soins des personnes sans domicile ;
- les données de l'Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT) : outil cartographique de l'Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions (Odicer), dispositif Tools for Research in Europe on New Drugs (Trend)... ;
- les centres de preuves consacrés au sans-abrisme : Homeless Hub / Rond-point de l'itinérance (<https://www.rondpointdelitinerance.ca/>) ;
- les données des rapports annuels d'activité des ACT, LHSS, LAM ;
- les publications de promo santé Île-de-France (<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires>) ;
- localement, les rapports, publications et veilles documentaires de certains centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) peuvent également utilement être consultés.

Les réseaux associatifs et les fédérations peuvent être des relais sur cette veille.

- ➔ Identifier régulièrement les besoins et les attentes des personnes sans domicile du territoire, en s'appuyant notamment sur :
 - des échanges avec les administrations (ARS, directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), directions régionales et interdépartementales de l'hébergement et du logement (Drihl), etc.) et l'exploitation des données de diagnostic incluses dans les plans régionaux et départementaux (programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (Praps), plans départementaux d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées (PDAHLPD), etc.) ;
 - l'analyse des données régionales ou locales disponibles (études et indicateurs produits par les SIAO et par les associations, notamment celles intervenant dans le champ de la veille sociale...) ;
 - des échanges avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire, et particulièrement ceux intervenant auprès des publics précaires (Pass, maraudes, accueil de jour...) ;
 - des échanges avec les partenaires culturels, sportifs et de loisirs du territoire ;
 - .../...
- ➔ Analyser périodiquement les besoins et attentes des personnes accueillies dans l'établissement à travers :
 - le recueil de la parole des personnes concernées, en s'appuyant sur le CVS ou les usagers et leurs représentants ;

- l'analyse des caractéristiques des publics accueillis et de leurs évolutions en s'appuyant notamment sur les bilans d'activité :
 - âge ;
 - sexe ;
 - composition familiale ;
 - origine géographique, histoire et culture ;
 - situation socioéconomique (emploi, logement...) ;
 - situation administrative et couverture sociale ;
 - état de santé : pathologies d'admission et comorbidités ;
- l'analyse de la qualité de l'accompagnement proposé, en s'appuyant notamment sur les résultats des évaluations internes et externes :
 - demandes et refus d'admission ;
 - situations d'obstacle, de crise, de rupture ou d'impasse dans l'accompagnement rencontrées par l'équipe ;
 - fonctionnement du partenariat ;
 - besoins d'accompagnement non couverts ;
 - trajectoires de sortie : retour à la rue, orientation vers un autre établissement et service social et médico-social (ESSMS), orientation vers le logement accompagné ou non ;
 - .../...
- l'analyse, le cas échéant, des résultats des entretiens ou questionnaires d'évaluation proposés aux personnes ;
- l'analyse de l'évolution des prestations délivrées ;
- les retours des équipes sur les besoins émergents et les situations complexes ;
- les retours des partenaires.

➔ Au regard des besoins identifiés et de l'état des connaissances, évaluer la pertinence de l'offre de service et des pratiques d'accompagnement de l'établissement et proposer les ajustements nécessaires. Cette évaluation peut se faire en lien avec les organismes de contrôle et de tarification pour nourrir les schémas et organisations territoriales et peut s'inscrire dans la révision du projet d'établissement.

Adapter ses pratiques aux besoins émergents

Accompagner les personnes vieillissantes

Si l'espérance de vie est de 49 ans pour les personnes sans domicile, la part des personnes de plus de 60 ans a été multipliée par trois entre 2001 et 2012 (59). Ces personnes présentent des comorbidités nombreuses : déficits cognitifs, maladies chroniques, troubles addictifs ou psychiatriques, vieillissement précoce pouvant entraîner des situations de perte d'autonomie ou de handicap.

Leur accueil implique donc une réflexion et un accompagnement pluridisciplinaires.

Pour accueillir, orienter, et accompagner ces publics, les établissements ont besoin de disposer, en interne ou à travers le partenariat, de ressources et compétences spécifiques concernant notamment les domaines suivants :

- la gériatrie, pour évaluer et prendre en charge les effets du vieillissement ;
- la neuropsychologie, pour évaluer et prendre en charge les déficiences cognitives ;
- le secteur des personnes âgées ou handicapées : connaissance des établissements et services et des dispositifs d'aide et de soutien mobilisables ;
- .../...

Leur accompagnement, notamment lorsqu'il s'agit de personnes isolées et présentant des déficits neurocognitifs soulève fréquemment des questionnements éthiques au sein des équipes :

- comment accompagner les personnes « ne demandant plus rien » sans proches ni famille ;
- comment s'assurer de la bonne compréhension et du consentement éclairé, notamment dans la délivrance des soins ;
- comment concilier liberté et sécurité de chacun ;
- .../...

Le cadre de vie et de l'organisation de l'établissement doivent également être adaptés. Cela inclut notamment :

- l'accessibilité (adaptation du bâti des structures pour faciliter l'accès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie) ;
- une réflexion sur les modalités d'hébergement les plus adaptées à ces personnes : logement collectif ou individuel, regroupement des personnes dans une zone spécifique de l'hébergement pouvant bénéficier d'une présence plus importante y compris la nuit, etc., avec le souci constant de trouver un équilibre entre :
 - la souplesse nécessaire pour permettre l'adhésion des personnes (respect de la temporalité des personnes y compris dans la délivrance des soins, accompagnement des consommations éventuelles...) ;
 - et la sécurité de celles-ci (surveillance particulière pour les personnes désorientées, mise en place de protocole de traitement des disparitions...).

Par ailleurs, lorsque les personnes sont marginalisées, avec un long passé de rue, elles sont susceptibles de pratiquer des allers-retours avec la rue. Développer l'aller-vers, en direct ou en partenariat avec les maraudes du territoire peut permettre de garder un lien et de limiter les ruptures de soins.

Enfin, l'accompagnement vers une solution de sortie nécessite d'accompagner les partenaires de l'aval (Ehpad, MAS, FAM...), souvent peu habitués à l'accueil de ce public, à travers :

- des actions de formation ou de sensibilisation de ces partenaires à l'accompagnement des personnes à besoins complexes. Il peut s'agir d'associer les partenaires aux instances territoriales d'échange sur des situations complexes, de leur proposer une immersion dans la structure ;
- un soutien direct et un suivi des personnes après leur intégration dans la structure. Ce suivi peut s'appuyer sur des postes dédiés (comme les missions Interface développées par le SIAO de Loire-Atlantique ou le Samu social de Paris, par exemple).

Accompagner les personnes migrantes

La part de personnes sans domicile nées à l'étranger a augmenté de 56 % entre 2001 et 2012 (59). La santé et la prise en charge de sa santé n'ont pas la même signification en fonction des représentations culturelles de chacun. Par ailleurs, une part importante des personnes migrantes est susceptible d'avoir vécu un ou plusieurs événements traumatiques, dans son pays d'origine, dans son parcours de migration ou à son arrivée en France, et est donc susceptible de développer des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s). Enfin, une part importante de ces personnes ne dispose pas de titre de séjour pérenne. Cette situation constitue un frein à l'insertion sociale et professionnelle (accès au logement, à un emploi). Elle est par ailleurs source d'anxiété et peut constituer également un frein aux démarches d'accès aux droits et aux services (méconnaissance des droits, peur d'être arrêté...) ainsi qu'à l'adhésion et à la continuité du projet de soins (concurrency des priorités, primauté de l'enjeu de régularisation...).

Accueillir et accompagner des personnes migrantes nécessite que les établissements se dotent, en direct ou via le partenariat, des compétences suivantes :

- compétences en interprétariat, recueil et élaboration d'outils multilingues ;
- compétences en médiation en santé dans des contextes d'interculturalité ;
- compétences pour le repérage et la prise en charge du psychotraumatisme ;
- compétences en droit des étrangers.

Par ailleurs, pour les personnes ne pouvant prétendre à un titre de séjour permettant une insertion sociale et professionnelle, les possibilités de sortie de l'établissement seront limitées : sortie vers le dispositif AHI, sortie vers le dispositif national d'accueil pour les personnes en demande d'asile et pour certaines personnes, sortie vers des solutions personnelles (famille, amis, retour au pays).

Un partenariat de proximité doit donc être développé :

- avec les SIAO pour l'accès aux hébergements d'urgence, de stabilisation et/ou d'insertion en fonction des profils des personnes ;
- avec l'Ofii ou les plateformes d'accueil des demandeurs d'asile, pour les personnes en demande d'asile afin de les orienter vers le dispositif national d'accueil ;
- avec l'Ofii pour les personnes souhaitant un retour au pays.

Dans tous les cas, il convient de s'assurer que la solution de sortie permettra une poursuite de l'accompagnement nécessaire à la personne et n'entraînera pas de rupture de soins ou de rupture de droits, la durée du séjour ne pouvant être le seul critère de fin de prise en charge.

Accompagner les familles

Le nombre d'enfants sans domicile a augmenté de 85 % dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants entre 2001 et 2012 (59). L'accueil des familles nécessite un aménagement de l'organisation des établissements et l'élaboration de réponses concernant notamment :

- l'adaptation des logements et du mobilier à l'accueil de familles (lits doubles, mobilier adapté aux enfants et aux bébés) ;
- l'adaptation des espaces collectifs à l'accueil d'enfants ou l'aménagement d'espaces dédiés ;
- la prise en compte et l'évaluation des besoins spécifiques des enfants : il peut s'agir par exemple d'intégrer des éducateurs de jeunes enfants aux équipes ou de développer les connaissances des équipes concernant les aides et dispositifs de soutien mobilisables ;
- l'organisation de modes de garde permettant notamment aux parents d'effectuer leurs démarches hors de la présence de leurs enfants ;
- le soutien à la parentalité ;
- la prévention et le traitement des situations de négligence, de maltraitance ou de violence intrafamiliale.

Ces réponses peuvent être apportées par le développement de compétences en interne et par la construction d'un partenariat spécifique pour :

- l'accès aux soins. Cela inclut les dispositifs de type PMI et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) mais également, dans le cas où l'enfant est la personne malade, le développement d'un réseau de soins pédiatriques et le cas échéant le développement d'un réseau de soins pédopsychiatriques (CMPP notamment) ;
- la scolarité : cela inclut les écoles, collèges et lycées de proximité. Cela inclut également le repérage des classes d'intégration spécifiques (notamment classes de français langue étrangère (FLE) et classes d'alphabétisation), les réseaux et dispositifs de soutien aux élèves en difficulté et d'accompagnement à la scolarité (dont les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (Rased)), les activités périscolaires... ;
- l'accès aux loisirs : repérage des associations culturelles, socio-éducatives et sportives de proximité et de leurs politiques tarifaires, des accueils de loisirs, des centres culturels, des centres sociaux proposant des activités à destination des enfants et des familles... ;
- l'aide et le soutien : services sociaux départementaux, aide sociale à l'enfance (ASE), CAF ;
- .../...

3. Accompagner la fin de vie⁵⁹

L'accompagnement à la fin de vie est une problématique présente sur l'ensemble des établissements. Entre 3 et 4 % des personnes décèdent en ACT. Le pourcentage est stable, mais le nombre de places augmentant, le nombre de décès augmente. Cette problématique de fin de vie est également très présente dans les LAM et dans une moindre mesure en LHSS. Elle est également présente dans les ACT « Un chez-soi d'abord ».

En France, le CSP précise que « toute personne malade dont l'état le requiert a droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement⁶⁰ » et que les soins palliatifs « visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage⁶¹ ».

L'accès aux soins palliatifs n'équivaut pas forcément à l'accès à des structures spécialisées mais à la garantie que le moment venu, le patient et ses proches seront pris en charge par des professionnels compétents pour faire face aux situations de fin de vie. Il s'agit donc d'intégrer la démarche palliative aux pratiques de l'ensemble des professionnels de santé, y compris les professionnels intervenant au domicile (60). À ce titre, les établissements sociaux et médico-sociaux, en tant que domicile même provisoire des personnes, participent à la mise en place d'une démarche palliative généralisée. Or, une enquête menée par l'Observatoire de la fin de vie montre qu'en 2012 et 2013, seules 15 % des personnes décédées de manière non soudaine en ACT sont décédées dans l'établissement, alors même que les personnes présentes pouvaient exprimer le choix de décéder dans l'établissement plutôt qu'à l'hôpital. Par ailleurs, 27 % des professionnels interrogés par l'Observatoire de la fin de vie déclarent que leur établissement n'est pas en capacité d'accompagner des résidents en fin de vie, et justifient cette incapacité par le manque de formation des professionnels et un personnel insuffisant pour mettre en place cet accompagnement (61).

Enfin, le décès d'un résident ou les décès répétés dans une structure peuvent susciter des inquiétudes et des angoisses chez les autres résidents et le personnel.

Pour mettre en place une démarche palliative respectueuse des choix de fin de vie des personnes, il est donc nécessaire que celle-ci s'appuie sur une réflexion partagée par l'ensemble de l'équipe et les personnes accompagnées et mise en œuvre par tous.

L'objectif est de repérer les collaborations possibles, d'organiser les coopérations nécessaires, et de mettre en place des outils et des protocoles permettant d'anticiper la gestion de situations complexes en lien avec les acteurs du territoire. En effet, si dans l'ensemble, les établissements connaissent les acteurs du territoire intervenant dans les soins palliatifs, ils les sollicitent encore peu (61) (60).

Certains établissements disposent de professionnels du soin ou de l'accompagnement ayant suivi une formation sur les soins palliatifs. Et lorsque les établissements s'engagent dans la formation des équipes, celle-ci concerne souvent plusieurs professionnels, y compris des professionnels non soignants. Mais il s'agit souvent de formations de courte durée, et l'enquête sur la fin de vie menée auprès des ACT montre que près de 40 % d'entre eux n'ont aucun personnel formé à ces questions (61). Enfin

⁵⁹ Pour plus d'information concernant la fin de vie en établissement, le lecteur peut se reporter aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833689/fr/accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-en-ehpad

⁶⁰ Article L. 1110-9 du CSP.

⁶¹ Article L. 1110-10 du CSP.

les professionnels n'osent pas toujours aborder la question de la fin de vie ou des directives anticipées avec les personnes.

Or, l'attitude des professionnels est également essentielle pour l'accès aux soins palliatifs et l'accompagnement à la fin de vie des personnes sans domicile.

Les attentes et préoccupations concernant la fin de vie des personnes sans domicile sont :

- communes à celle de la population générale. Elles souhaitent être accompagnées, garder le contrôle sur les décisions de fin de vie et être traitées avec respect et dignité. La question de la spiritualité est importante. Elles sont également en demande d'éléments très concrets sur la fin de vie : « Comment ça va se passer ? », « Est-ce que je vais souffrir ? » ;
- plus spécifiquement liées à leurs conditions de vie précaires : elles craignent notamment l'isolement et l'anonymat jusque dans la mort. Elles craignent par ailleurs, du fait de leur situation de pauvreté, de ne pas pouvoir bénéficier d'une sépulture digne (62). Pour les personnes étrangères, le rapatriement du corps et l'enterrement dans le pays d'origine sont des problématiques majeures.

Elles rencontrent des freins spécifiques

- à l'accès aux soins palliatifs :
 - la vie à la rue est souvent au jour le jour et ne permet pas de se projeter, la compétition des priorités (manger, se loger, se laver) fait que le soin en général, et les soins palliatifs en particulier, ne sont pas des priorités pour les personnes sans domicile ;
 - le fonctionnement rigide des institutions ne prend pas en compte les besoins spécifiques des personnes sans domicile (rigidité dans les horaires de sorties et de délivrance des soins, non-acceptation des consommations par exemple) (62) (63) (64) (65) ;
 - le manque de confiance dans le personnel médical, la peur du jugement ou du regard de l'autre sont également des freins ;
- à la rédaction et la formalisation de directives anticipées, et à la désignation d'une personne de confiance⁶² :
 - le manque de confiance et l'accès limité au système de soins ;
 - la diversité culturelle et notamment la diversité des représentations de la mort et de l'au-delà ;
 - la non-maîtrise de l'écrit (66).

Enjeux et effet attendus

- L'anticipation des volontés de la personne concernant sa fin de vie.
- L'accès aux soins palliatifs pour les personnes en fin de vie et la mise en place d'un accompagnement digne et respectueux de leurs choix.
- L'organisation d'une inhumation et d'obsèques dignes.
- Le soutien et l'accompagnement du deuil auprès des autres résidents, de l'équipe et de l'entourage au moment du décès.

⁶² Pour des informations complémentaires sur les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance, se reporter aux travaux de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees.

3.1. Organiser l'établissement et préparer les équipes à l'accompagnement de la fin de vie

3.1.1. Définir un projet d'accompagnement à la fin de vie

- ➔ Évaluer les besoins liés aux situations de fin de vie⁶³, leurs évolutions et les modalités de leur gestion au sein de l'établissement, à travers le recueil et l'analyse des données concernant par exemple :
 - le nombre et la fréquence des décès dans l'établissement et les évolutions récentes de ceux-ci ;
 - les activités relatives à la fin de vie délivrées par l'établissement ;
 - l'accès aux soins palliatifs et les cas de sollicitation ;
 - l'existence et le respect des directives anticipées⁶⁴ ;
 - le nombre de situations ayant fait l'objet d'une réflexion éthique ;
 - les obstacles ou blocages rencontrés dans l'organisation des obsèques ;
 - les données des évaluations internes et externes ;
 - l'existence de conventions établies avec les entreprises funéraires ;
 - .../...
- ➔ Conduire une réflexion éthique⁶⁵ au sein de l'établissement pour définir les possibilités d'accompagnement à la fin de vie, en sollicitant l'appui des partenaires concernés (Erer, équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), réseaux de soins palliatifs, HAD...). Il s'agit de définir si l'établissement s'engage ou non dans une démarche palliative, à quelles conditions, dans quelles limites et avec quels moyens⁶⁶. Cette réflexion éthique associe les organes de gouvernance de l'établissement, le personnel d'encadrement, les salariés et bénévoles de l'établissement, les usagers et leurs représentants. Elle doit prendre en compte les problématiques spécifiques des personnes accompagnées par la structure (comorbidités, dont addictions et problématiques de santé mentale) et proposer des réponses adaptées en termes de soins palliatifs.
- ➔ Définir et expliciter dans le projet d'établissement les choix et positionnements éthiques de l'établissement en matière d'accompagnement à la fin de vie.
- ➔ Sous la responsabilité du médecin de l'établissement, définir les possibilités d'accompagnement médical et de délivrance de traitements (présence permanente ou non d'un personnel médical, présence de matériel médical) ainsi que les possibilités offertes par le partenariat et la présence ou non de proches aidants dans la délivrance des traitements.

⁶³ Pour le repérage des situations, se référer à la fiche points clefs de la HAS « Comment améliorer la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant de soins palliatifs ». https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc_sp_sortiehopital_web.pdf

⁶⁴ Pour des informations complémentaires sur les directives anticipées, se reporter aux travaux de la HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees

⁶⁵ Pour plus d'information sur le questionnement éthique, se rapporter aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835426/fr/le-questionnement-ethique-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux

⁶⁶ Les limites sont notamment liées au matériel dont dispose l'établissement (lit médicalisé, oxygène au lit, douche ou baignoire adaptée, etc.), au personnel présent dans l'établissement notamment la nuit et le week-end, et aux partenariats du territoire (HAD et réseaux de soins palliatifs).

- ➔ Concevoir, en équipe pluridisciplinaire et avec le CVS ou les représentants des usagers, un processus de gestion et d'accompagnement des décès. Cela comprend :
 - les modalités d'accueil de la famille et des proches le cas échéant et les délais de récupération des affaires ;
 - les modalités et délais de conservation des affaires en cas d'absence de famille⁶⁷ ;
 - les modalités d'information des autres personnes accueillies ;
 - les modalités et délais de réattribution des chambres ou appartements.

3.1.2. Organiser le partenariat

- ➔ Repérer les ressources du territoire concourant à l'accompagnement de la fin de vie et leurs modalités d'intervention. Il s'agit notamment :
 - des acteurs des soins palliatifs (unités de soins palliatifs (USP), lits identifiés de soins palliatifs (LISP), EMSP, Ssiad, HAD, réseaux de soins palliatifs, associations de bénévoles) pouvant prodiguer des soins et/ou soutenir et conseiller les équipes et les personnes en fin de vie ;
 - des acteurs proposant une présence, une écoute ou un accompagnement spirituel afin de respecter au mieux les volontés de la personne.
- ➔ Conventionner avec les acteurs des soins palliatifs intervenant au sein de l'établissement. Les conventions peuvent comprendre
 - les modalités d'intervention des équipes de soins palliatifs : soutien et conseil aux équipes, formation des équipes à la réalisation de soins spécifiques, soutien et conseil aux personnes, délivrance de soins... ;
 - les modalités d'échange d'informations concernant la situation des personnes ;
 - les modalités de soutien apporté aux équipes de soins palliatifs par l'établissement, concernant la prise en charge de problématiques spécifiques (références culturelles, absence de confiance dans le système de soins, addictions, santé mentale...).

3.1.3. Accompagner et former les équipes

- ➔ Organiser dans le plan de formation de l'établissement la formation à la démarche palliative des professionnels. Le dispositif de formation doit comprendre les éléments suivants
 - pour les soignants :
 - des compétences médicales et de soins en matière de traitement de la douleur, de soulagement de la souffrance, de mise en œuvre de projets de soins individualisés tenant compte des polyopathologies et des comorbidités (addictions, troubles psychiatriques, déficiences cognitives...)

⁶⁷ Le protocole peut s'inspirer des obligations réglementaires qui s'imposent aux établissements accueillant des personnes âgées et handicapées : dépôt des affaires, conservation de celles-ci pour une durée d'un an ; remise des affaires au bout d'un an à la Caisse des dépôts et consignations ou aux services du Domaine (articles L. 1113-6 et L. 1113-7 du CSP).

- pour l'ensemble du personnel, avec une attention particulière au personnel support (veilleurs de nuits notamment) qui peut parfois se trouver seul face à des situations complexes :
 - la gestion des émotions et la juste distance professionnelle ;
 - les droits des personnes en fin de vie (directives anticipées, personne de confiance⁶⁸...) ;
 - l'annonce des mauvaises nouvelles⁶⁹ pour les personnes en fin de vie et pour les proches, notamment au moment du décès ;
 - la collaboration entre les professionnels pour l'accompagnement de la fin de vie au sein de l'équipe et avec les partenaires ;
 - la relation avec la personne en fin de vie y compris dans sa dimension spirituelle et dans le respect de ses croyances. Cela implique des savoir-faire en termes de posture et de communication.

- ➔ Désigner un ou des référents en soins palliatifs, ayant notamment pour mission de :
 - diffuser la culture palliative au sein de l'établissement et être l'interlocuteur privilégié pour le personnel de l'établissement ;
 - développer des relations avec les services spécialisés de soins palliatifs et être un interlocuteur identifié par ceux-ci afin de faciliter leur intervention au sein de la structure dès qu'une situation le nécessite.

- ➔ Prévenir l'usure professionnelle à travers l'instauration de temps d'équipe permettant d'interroger les pratiques d'accompagnement de fin de vie.

3.2. Accompagner au quotidien la fin de vie

3.2.1. Anticiper les souhaits des personnes et la gestion des situations critiques

- ➔ Développer des interventions spécifiques pour permettre aux personnes de formaliser ou d'actualiser leurs souhaits concernant la fin de vie et/ou de désigner une personne de confiance. Ces interventions doivent être proposées de manière dédramatisée, et déconnectée de l'agenda médical, par un personnel médical formé et sensibilisé aux soins palliatifs. Elles peuvent par exemple être proposées :
 - lors de l'accueil, en délivrant une information sur les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance. Cette information peut être remise sous forme d'un document écrit intégré au livret d'accueil et être expliqué et explicité aux personnes ;

⁶⁸ Dans cette troisième partie, la personne de confiance fait référence à la personne de confiance définie par l'article L. 1111-6 du CSP et non à la personne de confiance telle que définie par l'article L. 315-5-1 du CASF. Ses missions consistent à accompagner la personne dans les démarches liées à sa santé. Elle est consultée si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, et est consultée en priorité pour l'exprimer. Elle recevra en ce cas l'information médicale à la place de la personne et sera son porte-parole.

⁶⁹ Pour des informations complémentaires sur les modalités d'annonce d'une mauvaise nouvelle, se référer au texte de la HAS « Annoncer une mauvaise nouvelle ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

- lors de la formalisation ou de la mise à jour du projet personnalisé, en réexpliquant à la personne les objectifs de la rédaction des directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance, et en lui proposant de les rédiger ;
 - lors de situations propices : moments d'échange privilégié, décès d'un autre résident, démarche spontanée de la personne... ;
 - sous forme d'interventions collectives. L'intervention collective permet d'aborder ces sujets de manière non nominative et de développer les échanges entre les personnes ;
 - lors de CVS ou de réunions de représentants des usagers.
- ➔ Recueillir, de préférence par écrit, les souhaits concernant :
- l'information du réseau social et familial, les messages éventuels que la personne souhaite transmettre, les personnes à prévenir en particulier lors du décès ;
 - la prise en charge de la vie spirituelle ;
 - les volontés concernant le lieu de décès, l'organisation des funérailles, le don du corps, le don d'organes....
- ➔ Pour les personnes souhaitant un rapatriement de leur corps dans le pays d'origine, anticiper avec elles autant que possible les questions liées au financement de ce rapatriement : possibilité ou non de prendre une assurance, famille, amis pouvant être sollicités, organismes sociaux, entreprises funéraires spécialisées...
- ➔ Anticiper les situations critiques et développer les protocoles et outils nécessaires⁷⁰ :
- en organisant un protocole de repérage des situations d'aggravation. Cela demande une attention particulière car il est parfois compliqué de distinguer les signes d'aggravation de la maladie, de problématiques liées aux addictions par exemple. Mettre en place un outil de suivi des symptômes peut permettre de mieux identifier les situations d'aggravation ;
 - en prévoyant les évolutions de la maladie et en s'assurant de la délivrance de prescriptions anticipées adaptées à la situation de la personne. Ces prescriptions anticipées doivent être réévaluées à chaque modification de la situation de la personne (aggravation des symptômes, hospitalisation en urgence...) ;
 - en prévoyant un protocole de gestion des situations d'urgence consistant notamment à :
 - prévoir dans le dossier de la personne une fiche indiquant le numéro du médecin traitant ainsi que les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence, d'aggravation de l'état de santé ou de décès, et les modalités d'information (notamment la nuit) ;
 - définir une fiche de liaison avec les services d'urgence et avec les services de soins palliatifs des hôpitaux.

⁷⁰ Pour des modèles d'outils de gestion des situations critiques, se référer aux travaux de la HAS concernant la fin de vie et notamment la fiche points clés « Comment améliorer la sortie de l'hôpital des patients adultes relevant des soins palliatifs » : https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/fpc_sp_sortiehopital_web.pdf ; et la note méthodologie et de synthèse documentaire « Comment améliorer la sortie d'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients relevant de soins palliatifs ? » : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/note_methodologique_soins-palliatifs_web.pdf.

Points de vigilance

1. Les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique peuvent choisir une personne de confiance différente de leur tuteur. Ce choix devant être validé par le juge des tutelles, il est indispensable d'aborder cette question avec la personne le plus tôt possible.
2. Les souhaits concernant le lieu de décès, les funérailles et les messages pour les proches étant source de préoccupation particulière pour les personnes sans domicile, il convient d'accorder une attention spécifique à leur recueil. Sans être intrusif, il est important de les requestionner régulièrement. Par ailleurs, les personnes pouvant être isolées, les proches ne seront pas forcément présents pour organiser les obsèques. Il convient donc de disposer du maximum d'éléments nécessaires pour respecter au mieux les volontés du défunt.

3.2.2. Mettre en place l'accompagnement à la fin de vie

- ➔ Avec l'accord de la personne, informer le médecin traitant des possibilités existantes de prise en charge de la fin de vie par l'établissement et des ressources du territoire, pour définir avec lui la stratégie d'accompagnement de la fin de vie et le sécuriser dans sa mission de coordination des soins.
- ➔ Lors de l'accompagnement de personnes en fin de vie, organiser des réunions pluridisciplinaires spécifiques permettant une réflexion éthique sur l'accompagnement en cours. Ces réunions doivent permettre notamment d'interroger les sujets suivants :
 - Les droits et volontés de la personne sont-ils respectés ? Le consentement aux soins est-il systématiquement recherché, notamment si la personne ne peut plus verbaliser ses souhaits ?
 - L'accompagnement proposé est-il adapté à la personne ? Comment peut-il être amélioré ?
 - L'accompagnement des proches est-il adapté ? Comment peut-il être amélioré ?
 - Quel est l'impact de cet accompagnement sur les autres personnes accueillies ?
 - Quel est l'impact de cet accompagnement sur les équipes en termes de charge de travail ? En termes de charge émotionnelle ?
 - L'établissement peut-il poursuivre cet accompagnement et dans quelles conditions pour qu'il soit acceptable pour tous ?

Dans le respect des obligations liées au secret partagé, il est important d'associer les EMSP ou les réseaux de soins palliatifs à ces réflexions, et les partenaires intervenant directement auprès de la personne, leur expertise permettant d'apporter un recul sur ces situations.

- ➔ Informer la personne de ces réflexions et l'y associer si elle le souhaite, l'informer de l'ensemble des options d'accompagnement possibles et s'efforcer de recueillir systématiquement son consentement.

- ➔ Adapter et évaluer régulièrement l'accompagnement proposé à la personne, notamment au regard de ses besoins spécifiques, tels que :
 - les addictions. Une approche en termes de réduction des risques et des dommages doit être privilégiée. L'abstinence ne peut être un préalable à la délivrance de soins palliatifs. L'existence de consommations doit être prise en compte dans la délivrance des traitements (63) notamment pour soulager la douleur ;
 - les problématiques de santé mentale. Il est important de privilégier l'alliance thérapeutique sur une approche rigide de l'adhésion aux traitements (65).

- ➔ Assurer une coordination et une continuité des soins en collaboration avec le médecin coordonnateur, le médecin traitant et les partenaires mobilisés afin de soulager la douleur physique et les autres symptômes gênants. Cela inclut :
 - des traitements médicamenteux et un matériel adéquat ;
 - des soins paramédicaux (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute...) ;
 - une attention aux postures douloureuses et au positionnement de la personne ;
 - une attention aux matières (draps et vêtements de la personne) qui peuvent provoquer de la gêne et des douleurs ;
 - une adaptation des soins (éviter les périodes douloureuses ou prévoir les soins douloureux après la prise d'antalgique) ;
 - une limitation des manipulations douloureuses (travail en binôme, soins et toilette concomitants...) ;
 - une alimentation adaptée (modalités et temporalités).

- ➔ Réévaluer les soins en équipe pluridisciplinaire lorsqu'une modification du comportement de la personne est constatée. Il convient de prendre en compte les observations de l'ensemble de l'équipe et pas uniquement celles du personnel médical.

- ➔ Informer la personne si elle le souhaite, ou la personne de confiance, des évolutions de l'état de santé et des évolutions possibles de celui-ci et rechercher son consentement pour l'adaptation des traitements.

- ➔ Accorder une attention privilégiée à la personne, afin qu'elle se sente accompagnée :
 - en respectant ses souhaits ;
 - en adoptant une attitude réconfortante dans les échanges avec elle : lui parler directement, éventuellement la toucher doucement ;
 - en sensibilisant l'équipe à la flexibilité nécessaire pour apporter une réponse aux demandes et questionnements des personnes au moment opportun ;
 - en prévoyant dans les emplois du temps du personnel des temps de disponibilité auprès des personnes les plus vulnérables afin de pouvoir répondre aux demandes et interrogations ;
 - en proposant à la personne de reprendre contact avec sa famille et, en cas de refus, en requestionnant ce choix régulièrement.

- Respecter l'intimité de la personne en privilégiant une chambre individuelle. Si cela n'est pas possible, installer des paravents pour respecter au maximum l'intimité de chacun.
- Permettre, si possible et si la personne le souhaite, la présence de tiers y compris la nuit.
- Si l'établissement accueille des animaux, autoriser la présence de ceux-ci jusqu'à la fin de vie, et anticiper avec la personne le devenir de ceux-ci (refuge, famille d'accueil, adoptant...).
- Respecter au maximum le rythme de vie de la personne :
 - en ne lui imposant pas les horaires collectifs (temps de repas par exemple) ;
 - en respectant ses temps de somnolence.
- Faciliter l'accès au culte :
 - en permettant l'accès du résident au représentant du culte de son choix ;
 - en désignant un référent chargé du service d'aumônerie⁷¹.

3.2.3. Accompagner l'organisation des obsèques

- Identifier et mettre en place des partenariats avec les acteurs du territoire intervenant dans l'organisation des obsèques et la prise en charge des frais liés aux obsèques (centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS), pompes funèbres, morgue).
- Identifier les aides financières éventuelles auxquelles peuvent prétendre les ayants droit au regard de leur situation individuelle (assurance décès du régime général de la sécurité sociale, aides de Pôle emploi, dispositifs éventuels des CAF, etc.).
- Développer un partenariat spécifique pour la prise en charge des rapatriements de corps : entreprises funéraires spécialisées, associations caritatives, communautaires ou religieuses, cultes (église, mosquée...), afin de respecter au mieux les volontés de la personne.
- Accompagner les proches dans les formalités administratives à effectuer à la suite du décès et les orienter vers les structures pouvant leur apporter une aide y compris financière en vue de l'organisation des obsèques et, le cas échéant, du rapatriement du corps.

⁷¹ La circulaire [DGOS/RH4 n° 2011-356 du 5 septembre 2011](#) relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit qu'un référent chargé du service d'aumônerie hospitalière sera désigné dans chaque établissement.

- En l'absence de proches, relayer auprès des services communaux⁷² et des services funéraires les souhaits de la personne concernant les obsèques afin de respecter au mieux ses volontés, dans la limite des moyens financiers disponibles.
- Informer, le cas échéant, le Collectif des morts de la rue du territoire⁷³ : en plus de procéder au recensement des décès, le collectif peut aider à retrouver les familles, à organiser les funérailles, et offre un soutien dans les démarches à entreprendre.

Point de vigilance

Un nombre important de personnes accueillies sont d'origine étrangère et souhaitent pouvoir être inhumées dans leur pays d'origine. Les frais liés à cette inhumation peuvent être importants. La réflexion sur la possibilité d'une prise en charge financière (qui doit faire l'objet d'un échange avec les ARS) totale ou partielle de ces frais par l'établissement s'inscrit dans la réflexion éthique de l'établissement et participe, le cas échéant, au projet d'établissement.

3.3. Soutenir l'entourage de la personne décédée, les autres personnes accueillies et les équipes

3.3.1. Soutenir l'entourage

- Informer les proches de la personne selon des modalités convenues avec eux et avec la personne.
- Proposer aux proches un temps formalisé d'échange avec les équipes d'encadrement et si besoin, les partenaires de l'accompagnement de la fin de vie, pour expliciter les circonstances du décès, y compris lorsque ceux-ci se manifestent longtemps après.
- Le cas échéant, orienter les proches vers les structures susceptibles de les accompagner dans leur deuil (associations, groupes de parole, psychologue...).
- Dans le cas où la famille de la personne décédée est hébergée dans l'établissement en qualité d'accompagnant, proposer un accompagnement vers une solution de sortie la plus adaptée à sa situation, dans le respect de son processus de deuil.

⁷² L'article 2223-27 du CGCT prévoit que la commune prendra en charge l'organisation et le financement des obsèques d'une personne dépourvue de ressources suffisantes.

⁷³ Le Collectif des morts de la rue recense les décès des personnes « sans chez-soi », incluant les personnes hébergées dans des structures d'hébergement et les décès des personnes « anciennement sans chez-soi », incluant l'ensemble des personnes ayant été à un moment de leur vie « sans chez-soi », mais ne l'étant plus au moment du décès.

3.3.2. Soutenir les autres personnes accueillies

- Informer avec bienveillance les autres personnes du décès en veillant à informer en priorité et dans des conditions respectant l'intimité les personnes qui étaient proches du défunt.
- Instaurer des rituels ou des temps collectifs d'hommage au sein de l'établissement (possibilité de déposer un mot, un objet, une bougie...) ouverts aux professionnels, aux résidents et aux proches pour faciliter le travail de deuil. Cela peut s'organiser en lien avec le CVS, les représentants des usagers ou les personnes accueillies proches de la personne décédée.
- Organiser la participation des résidents qui le souhaitent aux funérailles.
- Être disponible pour répondre aux questions soulevées par le deuil.
- Proposer un accompagnement psychologique aux résidents qui le souhaitent.

3.3.3. Soutenir les équipes

- Informer personnellement tous les professionnels en lien avec le défunt.
- Organiser un temps d'échange en équipe pour évaluer l'accompagnement réalisé, les prestations proposées et la qualité de ceux-ci.
- Soutenir les professionnels afin de prévenir les risques psychosociaux en mobilisant les espaces d'analyse des pratiques ou de supervision d'équipe, ou en organisant un soutien psychologique. Apporter une attention particulière aux professionnels les plus isolés (veilleurs, personnel de restauration, de ménage...) qui peuvent entretenir des relations fortes avec des résidents.

Point de vigilance

Le processus de deuil peut prendre des temporalités très différentes selon les personnes. Une vigilance sur le long terme est nécessaire pour apporter un soutien adapté à la temporalité de chacun.

Table des annexes

Annexe 1.	Les principes d'accompagnement évalués et testés en France	68
Annexe 2.	Les modalités d'accompagnement évaluées et testées en France	71
Annexe 3.	Un modèle d'accompagnement des transitions	72
Annexe 4.	Le partage d'informations médicales entre professionnels	74
Annexe 5.	Les personnes de confiance	76

Annexe 1. Les principes d'accompagnement évalués et testés en France

L'approche par les forces (38)

Origine et utilisation

- Intervention développée au début des années 1980 par l'université du Kansas pour répondre aux difficultés rencontrées par les patients présentant des problématiques de santé mentale sévères et persistantes qui, à la suite de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, se retrouvaient sans domicile.
- Ce modèle a été testé, avec des résultats prometteurs pour des personnes avec des problématiques de santé mentale et pour des personnes avec des problématiques addictives. Une grille de fidélité au modèle a été validée. Ce modèle est utilisé dans le travail social, l'accompagnement médical et l'accompagnement scolaire, et il connaît une large diffusion géographique. En France, il est utilisé par les établissements « Un chez-soi d'abord » pour la définition du projet personnalisé.

Principes

- Les personnes avec des troubles psychiatriques peuvent apprendre, grandir et changer.
- Le focus est sur les forces de l'individu plutôt que sur ses manques.
- La communauté est une oasis de ressources.
- La personne dirige le processus d'aide.
- La relation entre la personne et le professionnel est primordiale et essentielle.
- Le cadre principal de travail est la communauté.

Objectifs

- Dans le champ de la santé mentale, permettre le rétablissement des personnes.
- Permettre le développement du pouvoir d'agir des personnes.

Mise en œuvre

L'approche par les forces s'appuie :

- sur les forces des personnes : l'évaluation des forces des personnes permet de récolter l'information nécessaire à la mise en œuvre d'un projet. Il est important d'accompagner les personnes dans l'évaluation de leurs forces et dans l'utilisation de celles-ci pour définir un projet plus personnel. Le lien doit être direct entre l'évaluation des forces et le projet ;
- sur les forces de l'environnement : c'est particulièrement important pour les personnes en situation d'exclusion et pour lesquelles l'intégration dans leur environnement permet de retrouver une place et un rôle social. L'idée est de faire se rencontrer les forces de la personne et celles de l'environnement.

Le développement du pouvoir d'agir (47)

Origine et utilisation

- Intervention développée dans les pratiques sociales à partir des années 1970 en Amérique du Nord à la suite d'une montée de la contestation des pratiques sociales traditionnelles, reprochant aux personnes leur non-capacité à sortir de leur situation de dépendance aux aides qu'elles reçoivent.
- Ce modèle a été testé en Amérique du Nord et en France, notamment dans la protection de l'enfance. Les ACT de Nouvelle-Aquitaine travaillent actuellement à la modélisation d'un accompagnement favorisant le développement du pouvoir d'agir en ACT.

Principes

- Les solutions des personnes concernées sont les plus opérantes pour elles-mêmes.
- Pour aider au développement du pouvoir d'agir, il est nécessaire de prendre en considération l'influence des forces sociales (cadre législatif, contexte politique, ressources, etc.), d'évaluer en quoi elles confinent les personnes en difficulté dans une situation d'impuissance et d'évaluer les capacités des personnes à exercer leur pouvoir d'agir (compétences, désir d'agir, perception des opportunités d'action, etc.).

Objectifs

- Permettre aux personnes d'accéder ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou la collectivité à laquelle elles s'identifient, et instaurer un changement qui est bénéfique.

Mise en œuvre

- La personne est mise en situation de réussir, ainsi elle ne pourra nier sa réussite et cela inversera sa spirale de détérioration du rapport à l'action. Cette mise en situation d'agir s'adapte à la temporalité de la personne et ne doit pas être trop rapide pour ne pas l'exposer à l'échec.
- La cible du changement ainsi que le rythme et la nature des démarches sont négociés avec la personne. Les expertises de l'intervenant et de la personne sont complémentaires. Il n'existe aucune solution valable indépendamment des contextes et du profil des personnes concernées.
- L'intervenant met en œuvre les conditions permettant aux personnes concernées d'accéder à une compréhension des éléments ayant contribué à leur difficulté et d'en dégager des enseignements susceptibles d'être utilisés par la suite sans aide de professionnels.

L'accompagnement orienté rétablissement (48)

Origine et définition

- Le rétablissement est un concept développé par des usagers de la psychiatrie aux États-Unis dès la fin des années 1970. Il désigne un cheminement personnel pour se réapproprier sa vie. « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale⁷⁴... ».

Objectif

Développer ses compétences pour avoir une vie satisfaisante et être un citoyen **comme les autres** même en cas de persistance des symptômes.

Principes d'un accompagnement orienté rétablissement

- S'appuyer sur la participation des personnes. Cela inclut le recrutement des pairs dans les équipes de soins.
- Faciliter l'accès aux soins : les équipes soignantes se déplacent vers les personnes et proposent un accompagnement sur l'ensemble de leurs problématiques. Il n'y a pas de prérequis pour accéder aux soins.
- Organiser la continuité des soins en s'appuyant sur l'environnement des personnes.
- S'appuyer sur les compétences des personnes en les aidant à se réapproprier leurs compétences et leurs talents.
- Proposer un plan individualisé de rétablissement.
- Guider la personne dans son rétablissement en l'aidant à retrouver ses objectifs et ses aspirations.
- Connaître et rendre accessibles les ressources de l'environnement.
- Identifier et lever les barrières au rétablissement.

Mise en œuvre d'un accompagnement orienté rétablissement

- Pour le praticien :
 - proposer une écoute active et respectueuse à la personne pour l'aider à comprendre ses problématiques ;
 - aider la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir ;
 - croire dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ses objectifs et le lui montrer ;
 - recenser avec la personne les ressources de l'environnement permettant l'atteinte des objectifs.
- Pour l'institution :
 - proposer un accompagnement des personnes dans leur environnement ;
 - intégrer les compétences des personnes en rétablissement dans les équipes ;
 - former le personnel au concept de rétablissement.

⁷⁴ Définition proposée par Bill Anthony, usager concepteur du mouvement du rétablissement

Annexe 2. Les modalités d'accompagnement évaluées et testées en France

L'accompagnement intensif dans la communauté (Assertive Community Treatment) (49)

Origine et utilisation

- Intervention développée à la fin des années 1970 par un hôpital psychiatrique pour répondre aux difficultés rencontrées par les patients présentant des problématiques de santé mentale sévères et persistantes qui, à la suite de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, se retrouvaient sans domicile.
- Ce modèle a été testé et validé en Amérique du Nord puis en Europe. Il l'a notamment été dans les programmes *housing first* pour les personnes présentant des besoins complexes d'accompagnement. En France, il est le modèle théorique du programme de recherche « Un chez-soi d'abord », mais son implantation a nécessité des aménagements et une adaptation du modèle à la culture française de l'accompagnement.

Objectif

- Apporter aux patients une réponse à l'ensemble de leurs besoins pour qu'ils puissent se stabiliser en dehors de l'hôpital.

Mise en œuvre

- Le programme apporte les services et compétences suivants :
 - les ressources matérielles indispensables (nourriture, hébergement et soins médicaux) ;
 - les compétences sociales indispensables : savoir se déplacer, cuisiner, gérer un budget. L'apprentissage de ces compétences doit se faire sur le lieu de vie des personnes ;
 - la motivation pour persévérer et rester impliqué dans la vraie vie et dans la communauté en permettant aux personnes de résoudre les problèmes du quotidien. La personne doit sentir qu'elle n'est pas seule et que les autres sont concernés ;
 - une liberté vis-à-vis des relations de dépendance pathologique (à la famille ou à l'hôpital) : le programme doit proposer un soutien suffisant pour garder la personne investie dans son environnement et pour l'encourager à plus d'autonomie ;
 - un soutien et une éducation de l'entourage et de l'environnement pour que la relation soit bénéfique pour le patient et acceptable pour l'entourage ;
 - un système de soutien intensif pour impliquer les patients dans leur traitement. Cela inclut le développement de l'aller-vers pour prévenir les abandons.
- L'organisation comprend :
 - une permanence de la réponse – l'équipe est référente et elle doit être accessible 24 h/24 ;
 - un soutien dans le temps, aussi longtemps que le nécessite la situation de la personne.

Annexe 3. Un modèle d'accompagnement des transitions

L'intervention sur des périodes critiques (Critical Time Intervention (CTI)) (50)

Origine et utilisation

- Intervention développée à la fin des années 1980, en collaboration entre des praticiens en santé mentale et des chercheurs, visant à sécuriser l'accès au logement à la sortie d'institutions (centre d'hébergement, hôpital) pour des personnes présentant des problématiques de santé mentale. Cette intervention a été développée à la suite d'un constat d'échec de maintien dans le logement de cette population, en lien avec l'absence du réseau nécessaire à l'accompagnement dont elle avait besoin.
- Ce modèle a été testé et validé aux États-Unis pour des personnes sortant d'hébergement et pour des personnes sortant d'hôpital.

Objectifs

- Stabiliser les personnes dans leur environnement en leur permettant de développer en situation les compétences nécessaires à leur indépendance et de construire des réseaux de soutien efficaces dans l'environnement.
- Permettre une continuité des soins et de l'accompagnement, pendant la période critique de transition, en transférant progressivement la responsabilité de cet accompagnement aux services et dispositifs de droit commun.

Prérequis pour le travailleur en charge de la CTI

- Avoir établi une relation de confiance avec les personnes pendant leur prise en charge en institution.
- Avoir un bon niveau de formation et être encadré par un professionnel expérimenté.

Mise en œuvre

	Phase de transition	Phase de test	Transfert de l'accompagnement
Durée	Mois 1 à 3	Mois 4 à 6	Mois 7 à 9
Objectifs	Apporter un soutien adapté et mettre en œuvre la transition	Faciliter la résolution des difficultés par la personne et tester ses capacités à résoudre seule ses difficultés	Mettre fin à l'accompagnement avec un réseau de soutien solide mis en place

Accompagnement proposé par le tra- vailleur en charge de la CTI

- Visites à domicile.
- Accompagnement de la personne vers les ressources de l'environnement
- Rencontres avec les services et dispositifs de droit commun
- Substitution à l'action de ces services et dispositifs si nécessaire
- Soutien et conseil aux personnes et aux professionnels des dispositifs et services de droit commun
- Médiation dans les conflits entre les personnes et les services et dispositifs de droit commun
- Observation du fonctionnement du réseau de soutien mis en place
- Aide dans la modification et le réajustement de celui-ci si besoin
- Réaffirmation et réexplication du rôle de chacun des membres du réseau de soutien
- Développement et commencement de mise en œuvre d'un projet avec des objectifs à long terme (emploi, formation, réunification familiale)
- Organisation de réunions pour signifier symboliquement le transfert des soins et de l'accompagnement

Annexe 4. Le partage d'informations médicales entre professionnels

Les articles L. 1110-4 et suivants du CSP prévoient la possibilité pour un professionnel d'échanger ou de partager, sous certaines conditions, des informations médicales relatives à un patient avec d'autres professionnels⁷⁵.

Des prérequis

Le patient doit être informé de l'échange ou du partage et peut exercer à tout moment son droit d'opposition à cette transmission (article L.1110-4 IV du CSP⁷⁶).

Cet échange ou ce partage doit porter sur les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social.

Cet échange ou ce partage doit respecter le périmètre des missions des professionnels concernés.

3 situations :

1. L'échange d'informations par un professionnel avec un ou plusieurs professionnels identifiés (article L. 1110-4 II du CSP)

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Le professionnel doit informer le patient (article R. 1110-3 du CSP) de la nature des informations échangées et de l'identité du destinataire.

Le consentement de la personne à l'échange d'informations le concernant est présumé.

2. Le partage d'informations entre professionnels appartenant à la même équipe de soins (article L. 1110-4 III alinéa 1 du CSP)

L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de la perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes (article L. 1110-12 du CSP), lorsqu'ils exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même

⁷⁵ Les professionnels concernés par ces dispositions sont les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du CSP (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires) et les professionnels relevant des catégories suivantes : assistants de service social, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux, assistants maternels et assistants familiaux, éducateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie ; les particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales, les non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention, les non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du CASF pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie, les non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie ou y contribuant en vertu d'une convention.

⁷⁶ Le professionnel ou la personne participant à la prise en charge d'un patient peut être dispensé de l'obligation d'information préalable du patient lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté (urgence, impossibilité d'informer la personne...). La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage d'informations qui a été réalisé.

établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du CASF ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret, ou qu'ils se sont vus reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; ou qu'ils exercent dans un ensemble comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient par des professionnels appartenant à une même équipe de soins, les informations médicales du patient sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

3. Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (article L. 1110-4 III alinéa 2 du CSP)

Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie d'une même équipe de soins requiert le consentement préalable de la personne.

Ce consentement peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Annexe 5. Les personnes de confiance

La loi n° 2015-1776 du 28 septembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a institué une personne de confiance spécifique au secteur médico-social dont les missions sont différentes de celles de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du CSP. Cette personne de confiance peut remplir également la mission dévolue à la personne de confiance telle que prévue dans le CSP, si la personne intéressée le souhaite et la désigne expressément comme telle. Mais la personne peut faire le choix de désigner deux personnes de confiance différentes.

	Personne de confiance Art. L. 311-5-1 CASF	Personne de confiance Art. L. 1111-6 CSP
Les missions de la personne de confiance	<ul style="list-style-type: none"> – Assister la personne lors des entretiens préalables à la conclusion du contrat de séjour et lors de la conclusion de celui-ci – Accompagner et assister la personne dans les démarches liées à sa prise en charge – Assister la personne lors des entretiens médicaux pour l'aider dans la prise de décision – Aider la personne dans la connaissance et la compréhension de ses droits y compris lors de la recherche du consentement éclairé 	<ul style="list-style-type: none"> – Accompagner la personne dans ses démarches et ses entretiens médicaux – Rendre compte des choix médicaux de la personne lorsque celle-ci n'est plus en mesure de les exprimer
La désignation de la personne de confiance	<p>Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être toute personne majeure de l'entourage de la personne concernée.</p> <p>Elle peut être désignée à tout moment lors de la prise en charge en ESSMS.</p>	<p>Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.</p> <p>Elle peut être désignée à tout moment.</p>
La personne de confiance et le majeur protégé	<p>Les majeurs protégés bénéficiant d'une mesure de tutelle, curatelle ou d'une mesure de sauvegarde de justice qui prévoit que la personne accueillie doit être assistée ou représentée pour certains actes relatifs à la personne, doit demander une autorisation du juge des tutelles pour la désignation de sa personne de confiance.</p> <p>La personne de confiance a une mission d'aide et de conseil et ne peut décider pour la personne concernée contrairement au tuteur ou curateur.</p>	<p>Les majeurs protégés bénéficiant d'une mesure de tutelle qui prévoit que la personne accueillie doit être assistée ou représentée pour certains actes relatifs à la personne, doit demander une autorisation du juge des tutelles pour la désignation de sa personne de confiance.</p> <p>La personne de confiance a une mission de porte-parole de la personne concernée. Elle rend compte de ses choix. Le tuteur a une mission de représentation et de protection des biens de la personne.</p>
Durée de désignation	<p>La personne de confiance est désignée sans limitation de durée.</p>	<p>La personne de confiance est désignée sans limitation de durée, sauf si elle est désignée pour une hospitalisation précise.</p>
Obligation d'information	<p>Le directeur a obligation d'informer la personne de ce droit au moins huit jours avant la signature du contrat de séjour. La notice d'information doit être annexée au contrat de séjour.</p>	<p>Au moment d'une hospitalisation, l'établissement de santé remet un formulaire d'information.</p> <p>Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité de désigner une personne de confiance.</p>

Références bibliographiques

1. Yaouancq F, Duée M. Les sans domicile en 2012 : une grande diversité de situations. Dossier. Dans: Institut national de la statistique et des études économiques, ed. France, portrait social. Edition 2014. Paris: INSEE; 2015. p. 123-38. https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1288519/FPORSOC14i_D1_sansdomicile.pdf
2. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384(9953):1529-40. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61132-6)
3. Kaduszkiewicz H, Bochon B, van den Bussche H, Hansmann-Wiest J, van der Leeden C. The medical treatment of homeless people. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(40):673-9. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0673>
4. Feantsa, Fondation Abbé Pierre. 3ème regard sur le mal-logement en Europe. Brussels ; Paris: Feantsa ; FAP; 2018. http://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/3e_regard_sur_le_mal-logement_en_europe_2018.pdf
5. Observatoire du Samusocial de Paris, Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Rapport final. Paris: OSP; 2010. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
6. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
7. Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Investir dans les solidarités pour l'émancipation de tous. Dossier de presse. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
8. Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 *Journal Officiel* 2005;20 décembre. <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEX0000000815414/2020-11-27>
9. Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1). *Journal Officiel* 2012;18 décembre.
10. Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique. *Journal Officiel* 2002;4 octobre (16410). <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEX000000598718>
11. Tsemberis S. Housing first. The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders. : Hazelden Publishing; 2010.
12. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord». *Journal Officiel* 2016;30 décembre. <http://dx.doi.org/https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEX0000033735512?r=ZTRqAMjAeq>
13. Bloch MA, Hénaut L. Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris: Dunod; 2014.
14. Agences régionales de santé, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), et al. Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. Paris: Ministère des affaires sociales de la santé et des droits de la femme; 2016. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
15. Haute Autorité de Santé. Glossaire des termes utilisés lors de l'élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_282_glossaire_ppcs_web.pdf
16. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité à un engagement partagé. . Dans: Promouvoir la continuité des parcours de vie. Rapport 2012. Paris: CNSA; 2013. p. 31-55. <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/httpwwwcnsafrsitesdefaultfiles2012zip>
17. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ouverture de l'établissement à et sur son environnement. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2008. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf
18. Ramsay N, Hossain R, Moore M, Milo M, Brown A. Health care while homeless: Barriers, facilitators, and the lived experiences of homeless individuals accessing health care in a canadian regional municipality. *Qual Health Res* 2019;29(13):1839-49. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732319829434>
19. Davies A, Wood LJ. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Med J Aust* 2018;209(5):230-4.
20. Hunter CE, Palepu A, Farrell S, Gogosis E, O'Brien K, Hwang SW. Barriers to prescription medication adherence among homeless and vulnerably housed adults in three canadian cities. *J Prim Care Community Health* 2015;6(3):154-61. <http://dx.doi.org/10.1177/2150131914560610>
21. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness. *Prof Case Manag* 2011;16(6):281-7; quiz 8-9. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31821ee840>
22. Milaney K. The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness: part 2: the 6 dimensions of quality. *Prof Case Manag* 2012;17(1):4-12; quiz 3-4. <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31821ee854>

23. White BM, Newman SD. Access to primary care services among the homeless: a synthesis of the literature using the equity of access to medical care framework. *J Prim Care Community Health* 2015;6(2):77-87.
<http://dx.doi.org/10.1177/2150131914556122>
24. Jego M, Abcaya J, Stefan DE, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving health care management in primary care for homeless people: A literature review. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(2).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15020309>
25. Jego M, Grassineau D, Baliq H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, *et al.* Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open* 2016;6(11):e013610.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013610>
26. Health Care for the Homeless Clinicians' Network, Bonin E, Brehove T, Carlson C, Downing M, Hoefft J, *et al.* Adapting your practice. General recommendations for the care of homeless patients. Nashville: HCHCN; 2010.
<https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/GenRecsHomeless2010.pdf>
27. O'Donovan J, Russell K, Kuipers P, Siskind D, Elphinston RA. A place to call home: Hearing the perspectives of people living with homelessness and mental illness through service evaluation. *Community Ment Health J* 2019;55(7):1218-25.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10597-019-00406-8>
28. Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *J Psychoactive Drugs* 2007;39(1):81-95.
<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2007.10399867>
29. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
30. Morandi S, Silva B, Golay P, Bonsack C. Intensive case management for addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12(1):26.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>
31. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La réduction des risques et des dommages dans les CAARUD. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La plaine: ANESM; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf
32. Fédération Addiction, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS). Addictions et lutte contre les exclusions. Travailler ensemble. Paris: FNARS; Fédération Addiction; 2015.
<https://www.federationaddiction.fr/addictions-lutte-contre-les-exclusions-travailler-ensemble-le-guide-est-paru/>
33. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Nisenbaum R, Durbin J, Hwang SW, O'Campo P, *et al.* Bridging hospital and community care for homeless adults with mental health needs: Outcomes of a brief interdisciplinary intervention. *Can J Psychiatry* 2018;63(11):774-84.
<http://dx.doi.org/10.1177/0706743718772539>
34. Agence régionale de santé Ile-de-France. Guide santé à destination des acteurs de la filière. Guide 2016. Paris: ARS IDF; 2016.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/guide-sante-destination-des-acteurs-de-la-filiere-de-lhebergement>
35. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, Ministry of Health. Trauma-informed practice guide. Victoria: Government of British Columbia; 2013.
https://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's concept of trauma and guidance for trauma-informed approach. . Rockville: SAMHSA; 2014.
https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/SAMHSA_Concept_of_Trauma_and_Guidance.pdf
37. Parker RD, Albrecht HA. Barriers to care and service needs among chronically homeless persons in a housing first program. *Prof Case Manag* 2012;17(6):278-84.
<http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e31825dfc4b>
38. Rapp CA, Sullivan WP. The strengths model: Birth to toddlerhood. *Adv Social Work* 2014;15(1):129-42.
<http://dx.doi.org/doi.org/10.18060/16643>
39. Culture et Santé. Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé. *Focus Santé* 2016;4.
<http://dx.doi.org/https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante/item/410-focus-sante-n-4-competences-psychosociales-des-adultes-et-promotion-de-la-sante.html>
40. de Backer R. Capabilités et sans-abrisme : pour un recours effectif aux soins. *Les cahiers de la LCD* 2017;3(5):43-60.
<http://dx.doi.org/https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-la-lcd-lutte-contre-lesdiscriminations-2017-3-page-43.htm>
41. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand Est (IREPS). Intervenir avec des personnes en situation de précarité. Un cadre méthodologique. Metz: IREPS; 2020.
https://www.ireps-grandest.fr/images/Nos_productions/cadre_methodo_praps_w_eb.pdf
42. Perrin Niquet A, Touzet P. Le rétablissement en psychiatrie [dossier]. *Soins Psychiatrie* 2017;38(308):11-40.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2016.11.001>
43. National Healthcare for the Homeless Council. Standards for medical respite programs. Nashville: NHCHC; 2016.
http://councilbackup.flywheelsites.com/wp-content/uploads/2011/09/medical_respite_standards_oct2016.pdf
44. Social Care Institute of Excellence, Sheikh S, Teeman D. A rapid evidence assessment of what works in homelessness services. London: SCIE; 2018.
https://www.crisis.org.uk/media/238843/a_rapid_evidence_assessment_of_what_works_in_homelessness_services_2018.pdf
45. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage et accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple. Recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: ANESM; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf

46. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS. Recommandations. Saint-Denis: ANESM; 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-prise_en_compte_de_la_sante_en_chrs-pdf_interactif.pdf
47. Vallerie B, Le Bossé Y. Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle* 2006;39(3):87-100.
<http://dx.doi.org/10.3917/lsele.393.0087>
48. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Staeheli Lawless M. A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care. New York: Oxford University Press; 2008.
49. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):392-7.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
50. Herman D, Conover S, Felix A, Nakagawa A, Mills D. Critical Time Intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups. *J Prim Prev* 2007;28(3-4):295-312.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-007-0099-3>
51. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Douesneau c, Lam A, Berehouc C, Marais MC. Les coopérations dans le secteur médico-social. Guide méthodologique. Paris: ANAP; 75013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf
52. Allness DJ. The Program of Assertive Community Treatment (PACT): the model and its replication. *New Dir Ment Health Serv* 1997;(74):17-26.
<http://dx.doi.org/10.1002/ymd.2330227404>
53. van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, et al. Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Can J Psychiatry* 2011;56(3):154-60.
<http://dx.doi.org/10.1177/070674371105600305>
54. Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, et al. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry* 2016;62(3):281-91.
<http://dx.doi.org/10.1177/0020764015623970>
55. Nelson G, Stefancic A, Rae J, Townley G, Tsemberis S, Macnaughton E, et al. Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. *Eval Program Plann* 2014;43:16-26.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.10.004>
56. Fukui S, Goscha R, Rapp CA, Mabry A, Liddy P, Marty D. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatric Services* 2012;63(7):708-10.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100373>
57. Dixon L. Assertive community treatment: twenty-five years of gold. *Psychiatr Serv* 2000;51(6):759-65.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.51.6.759>
58. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. A multiple-City RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):275-81.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
59. Mordier B. Introduction de cadrage. Les sans domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Economie et Statistique* 2016;(488-489):25-35.
<http://dx.doi.org/https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123142?soommaire=2123156>
60. Ministère chargé de la santé. Bilan du programme national de développement des soins palliatifs. 2008 2012. Paris: Ministère chargé de la santé; 2013.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_programme_national_soins_palliatifs_270613.pdf
61. Observatoire national de la fin de vie. La fin de vie des résidents d'appartement de coordination thérapeutique. Rapport d'étude. Paris: ONFV; 2015.
<http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/ONFV2015ACTRapportEtude.pdf>
62. Klop HT, de Veer AJE, van Dongen SI, Francke AL, Rietjens JAC, Onwuteaka-Philipsen BD. Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. *BMC Palliat Care* 2018;17(1):67.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12904-018-0320-6>
63. McNeil R, Guirguis-Younger M. Illicit drug use as a challenge to the delivery of end-of-life care services to homeless persons: perceptions of health and social services professionals. *Palliat Med* 2012;26(4):350-9.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269216311402713>
64. Song J, Ratner ER, Wall MM, Bartels DM, Ulvestad N, Petroskas D, et al. Effect of an end-of-life planning intervention on the completion of advance directives in homeless persons: A randomized trial. *Ann Intern Med* 2010;153(2):76-84.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00003>
65. West KJ, Wrobel B, Pallotta S, Coatsworth A. Bearing witness: exploring the end-of-life needs of homeless persons and barriers to appropriate care. *Omega* 2018;30222818801150.
<http://dx.doi.org/10.1177/0030222818801150>
66. Sudore RL, Cuervo IA, Tieu L, Guzman D, Kaplan LM, Kushel M. Advance care planning for older homeless-experienced adults: Results from the health outcomes of people experiencing homelessness in older middle age study. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(6):1068-74.
<http://dx.doi.org/10.1111/jgs.15417>

Participants

Groupe de travail

- Monsieur Christophe Bailly, cadre supérieur de santé, Charleville-Mézières
- Monsieur Christian Brechet, cadre de santé, Vendée
- Monsieur Judicaël Moïse Djemba Senou, personne concernée⁷⁷, Paris
- Monsieur Taieb Gana, personne concernée, professeur de mathématiques, Paris
- Monsieur Jean-François Giovanetti, administrateur au sein d'une association de personnes concernées, Hérault
- Madame Sophie Herman, éducatrice spécialisée, Lille
- Madame Assia Lahmene, attachée d'administration d'État en service déconcentré, Strasbourg
- Docteur Maï Le Teurnier, médecin référent en LHSS, Paris
- Madame Anne-Sophie Lefevre, cadre infirmière, Saint-Denis
- Madame Alicia Monnier, cheffe de service, Val-d'Oise
- Monsieur Gérard Placet, directeur d'établissements et services, Seine-et-Marne
- Madame Sarah Reff, cheffe de service en LHSS et LAM, Strasbourg
- Monsieur Thierry Renaut, personne concernée, Le Havre
- Madame Lila Somé, directrice d'association, Marseille
- Monsieur Guillaume Suderie, directeur, Occitanie
- Madame Élise Viguier, directrice adjointe en LHSS et ACT, Toulouse
- Docteur Pierre Villegier, psychiatre, Limoges
- Monsieur Christian Weber[†], personne concernée, Toulouse

Groupe de lecture

Experts

- Docteur Béatrice Badin de Montjoye, psychiatre addictologue, Paris
- Madame Valérie Bocqueho, directrice de pôle, Côtes-d'Armor
- Monsieur Eric Bouvet, coordonnateur en ACT « Un chez-soi d'abord », Doubs
- Docteur Amélie Cornec, médecin LHSS, LAM, Finistère
- Monsieur Jean-Luc Cousineau, directeur général d'association, Paris, Indre-et-Loire, les Deux-Sèvres, Charente-Maritime et Haute-Vienne
- Madame Isabelle Fombaron, cadre de santé infirmière, cheffe de service en ACT, Bouches-du-Rhône
- Madame Sandrine Hyzard, chargée de mission exercice coordonné, Vaucluse
- Monsieur Cheikh Kinde, personne concernée, Paris
- Madame Véronique Latour, directrice, Gironde
- Madame Myriam Morel, coordinatrice d'appui référente, Ain
- Docteur Chrystel Paul, médecin en PASS, Calvados
- Docteur Pascale Rolland, médecin en LHSS, Seine-Saint-Denis
- Madame Delphine Turquois, psychologue clinicienne, cheffe de service, Indre-et-Loire

⁷⁷ Les personnes ci-dessus désignées en tant que personnes concernées sont des personnes ayant une expérience directe ou indirecte des établissements concernés par la recommandation.

Parties prenantes

- Assemblée des départements de France (ADF), Docteur Nadia Rachedi, médecin territorial
- Collectif national des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), Docteur Claire Georges, présidente, Paris
- Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS) :
 - Madame Isabelle Couaillier, cheffe du bureau de l'accès aux droits et de l'insertion
 - Madame Clarita Bény, chargée de mission dans le domaine de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
 - Madame Pauline Beaufiles, chargée de mission politique d'accueil d'urgence et d'orientation des personnes sans-abri et mal logées
- Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) :
 - Madame Adeline Bertsch, chargée de mission au sein du bureau R4
 - Madame Marie-Laure Sarafinof, chargée de mission au sein du bureau R4
- Direction générale de la Santé (DGS) :
 - Madame Catherine Chardin, attachée des affaires sociales, SP-SP2
 - Madame Frédérique Doumat, attachée des affaires sociales, SP-SP2
- Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal), Docteur Pascale Estecahandy, coordinatrice nationale du dispositif « Un chez-soi d'abord »
- Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement en Île-de-France (Drihl), Madame Caroline Nigon, responsable du pôle accompagnement social et populations spécifiques, Paris
- Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) :
 - Monsieur Victor d'Autume, chargé de mission hébergement, Paris
 - Monsieur Hugo Si Hassen, chargé de mission santé, Paris
- Fédération Addiction (FA) :
 - Madame Christine Tellier, membre du conseil d'administration, Loiret
 - Madame Laurène Collard, responsable de missions vie fédérale et partenariats, Paris
- Fédération Santé Habitat (FSH) : groupe d'adhérents
- Groupe SOS Solidarités : collectif de professionnels

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ADF	Assemblée des départements de France
Aeres	Auto-évaluation des ressources
AHI	Accueil hébergement insertion
Eladeb	Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASLL	Accompagnement social lié au logement
AVDL	Accompagnement vers et dans le logement
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAF	Caisse d'allocations familiales
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
Creai	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CRPA	Conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CTI	Critical Time Intervention
CTS	Conseil territorial de santé
C.V.	Curriculum vitae
CVS	Conseil de la vie sociale
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
Dalo	Droit au logement opposable
DDCS	Direction départementale de la Cohésion sociale
DGCS	Direction générale de la Cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'Offre de soins
DGS	Direction générale de la Santé

Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
Drihl	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELP	Équipe de liaison psychiatrique
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
Erer	Espace de réflexion éthique régional
Esat	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS	Établissement et service social et médico-social
FA	Fédération Addiction
Falc	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité
FLE	Français langue étrangère
Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
Fnass	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNSS	Fédération nationale des Samu sociaux
FSH	Fédération Santé Habitat
FSL	Fonds de solidarité pour le logement
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
Gisti	Groupe d'information et de soutien des immigrés
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IAE	Insertion par l'activité économique
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
LAM	Lit d'accueil médicalisé
LHSS	Lit halte soins santé
LISP	Lit identifié de soins palliatifs
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Odicer	Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en régions
OFDT	Observatoire français des drogues et toxicomanies
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
ORS	Observatoire régional de santé
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PDAHLPD	Plan départemental d'action pour l'hébergement et le logement des personnes défavorisées

Plie	Plan local pour l'insertion et l'emploi
Praps	Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PTA	Plateforme territoriale d'appui
Rased	Réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté
Respadd	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
SIAO	Service intégré de l'accueil et de l'orientation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
Tapaj	Travail alternatif payé à la journée
Trend	Tools for Research in Europe on New Drugs
TZCLD	Territoire zéro chômeur de longue durée
USP	Unité de soins palliatifs
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Wrap	Wellness and Recovery Action Planning

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

