

fnars

Nous agissons pour l'insertion

les personnes
la vie associative
le travail social

50
ans

Recueils & documents

n°40 - décembre 2006

réf. : RD 40

Fnars - Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
76 rue du faubourg Saint Denis - 75010 Paris - fnars@fnars.org - <http://www.fnars.org> / tél. : 01 48 01 82 00 / fax 01 47 70 27 02.

document général - études et recherche - réglementation - recueil d'interventions - conducteur pour agir et innover

Santé

Guide méthodologique de l'accompagnement santé

Cette action est soutenue par :

Direction générale de la santé
Direction générale de l'action sociale



COMMISSION EUROPÉENNE
Fonds social européen



Ministère de l'Emploi,
de la Cohésion sociale
et du Logement

Ministère de la Santé
et des Solidarités

Les numéros de **Recueils & documents** sont téléchargeables sur www.fnars.org
ou *Intranet-adhérents* à la rubrique Publications,
à l'exception du numéro 17, à vendre 8 €
Vous pouvez commander une version papier d'un *Recueils & documents* :
frais d'impression et d'expédition : 4 €

Sommaire

Le guide et ses objectifs	1
Repères généraux	3
Repères législatifs.....	4
La santé selon l'organisation mondiale de la santé.....	5
Les déterminants de santé.....	6
Etat de santé des populations en situation précaire	7
Concepts et notions proches de l'accompagnement santé.....	10
Eclairages sur le concept d'accompagnement santé	11
Une culture santé.....	12
Les quatre champs d'influence de l'accompagnement santé	14
Quels changements dans la prise en compte de la santé.....	15
Les enjeux éthiques de l'accompagnement santé	16
Comment mettre en place l'accompagnement santé ? ..	19
Comment l'institution prend-elle en compte les questions de santé des personnes accueillies ?	20
Comment les actions de l'association s'articulent-elles avec celles de ses partenaires ?	24
Comment organiser les moyens internes ?.....	33
Comment évaluer le processus de l'accompagnement santé ?	46
Conclusion	49
Annexes	51

Le guide et ses objectifs

Pourquoi ce guide ?

La tenue en octobre 2003 à Caen de deux journées d'étude de la Fnars consacrées à "l'accompagnement santé" a témoigné de la volonté de ses associations adhérentes de penser la santé dans sa dimension de prévention en dépassant les limites du soin, et à s'investir dans l'éducation et la promotion de la santé. Depuis lors, une réflexion nationale a été menée sur le concept "d'accompagnement santé" et ses liens avec les politiques de santé, nationales ou locales. Sur le terrain, nombre de structures adhérentes ont déjà développé, seules ou en partenariat, des actions dans ce domaine.

Afin de recenser ces expériences et d'analyser les conditions de réussite et les freins repérés, la Fnars et la Direction générale de la santé ont signé une convention triennale en 2004. Cette convention a pour objet l'harmonisation et la diffusion des savoir-faire et des modes d'intervention les plus pertinents auprès des publics accueillis dans les structures agissant traditionnellement sur le plan social.

A qui est destiné ce guide ?

Aux professionnels, bénévoles et décideurs des associations gérant des établissements sociaux, médico-sociaux et autres structures au bénéfice de personnes en difficulté.

Quelle est la place des usagers ?

Le guide vise les usagers à travers l'amélioration des pratiques professionnelles et de la prise en compte de la santé dans l'accompagnement. Il défend la place centrale de l'utilisateur dans une approche de santé et montre ainsi l'importance de la démarche participative.

Quel est l'intérêt d'un tel guide et son utilité ?

Les démarches d'accompagnement santé ne vont pas de soi pour beaucoup de travailleurs sociaux. Il est donc essentiel de clarifier la nécessité de développer ce concept dans les associations, les établissements et les services.

Quels sont les objectifs du guide ?

Le guide est conçu à la fois comme un outil de travail pour la mise en œuvre de l'accompagnement santé, mais il est également un support de communication et de sensibilisation autour de ce concept.

Ce guide se divise en **trois grandes parties** :

- ◆ La première partie trace le contexte général et aborde les **repères généraux** de la santé aujourd'hui en France.
- ◆ La seconde partie explicite et détaille le **concept d'accompagnement santé** à travers ses champs d'influence et les transformations dans les pratiques qu'il implique.
- ◆ Enfin, la troisième partie du guide apporte les informations pratiques pour mettre en place l'accompagnement santé dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion tant d'un point de vue individuel que collectif.

Repères généraux

Cette partie a pour but de poser le cadre général de réflexion et d'intervention des professionnels dans lequel s'inscrit l'accompagnement santé. Ce cadrage se fera notamment à travers un contexte législatif, un point sur l'état de santé des personnes en situation de précarité, la définition de la santé ou encore la différenciation de l'accompagnement santé face à d'autres notions relativement proches.

- ◆ Repères législatifs
- ◆ La santé selon l'Organisation mondiale de la santé
- ◆ Les déterminants de santé
- ◆ Etat de santé des populations en situation précaire
- ◆ Concepts et notions proches de l'accompagnement santé

Repères législatifs

L'intervention sociale en France, intègre aujourd'hui tout un ensemble de textes juridiques. De même, l'accompagnement santé qui participe de la démarche d'insertion s'inscrit, à son niveau, dans un cadre législatif et réglementaire vaste :

- ◆ La **loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions** n° 98-657 du 29 juillet 1998 parue au Journal Officiel le 31 juillet 1998, énonce dans son premier article que "La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation." Ce texte garantit l'accès aux soins pour tous et amène l'idée de la création d'une couverture maladie universelle pour les personnes les plus démunies. Cette mesure sera concrétisée un an plus tard.
- ◆ La **loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle** est une réforme majeure pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Depuis le 1^{er} janvier 2000, date de sa mise en vigueur, la loi permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture maladie complémentaire.
- ◆ La **loi organique relative aux lois de finances** (Lolf) du 1^{er} août 2001 a pour objectif de redéfinir les politiques publiques en missions. Chaque mission comporte plusieurs programmes qui traduisent de manière opérationnelle ces politiques. Ainsi, la mission santé comporte plusieurs programmes dont les principaux sont : santé publique et prévention, offre de soins.
- ◆ La **loi du 2 janvier 2002** rénove la conception de l'action sociale et affirme la place de l'utilisateur au cœur des préoccupations et des dispositifs à travers la formalisation d'outils qui favorisent le droit des usagers et la démarche participative.
- ◆ La **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** parle de "démocratie sanitaire" avec les droits des malades et des usagers du système de santé. Le patient doit être associé aux décisions le concernant et chaque acte doit être fait avec son consentement.
- ◆ La **loi relative à la politique de santé publique** du 9 août 2004 affirme le rôle de l'Etat face aux orientations de la politique de santé publique et à sa mise en œuvre. L'Etat a donc la responsabilité des stratégies visant à améliorer la santé de la population et surtout à réduire les inégalités de santé.

Un zoom sur chacun de ces textes est disponible en annexe.

La santé selon l'Organisation mondiale de la santé

Les définitions de la santé sont multiples et variées. La définition dont s'inspire la Fnars est celle précisée dans la **Charte d'Ottawa** adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la Santé.

"La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir :

- ◆ se loger,
- ◆ accéder à l'éducation,
- ◆ se nourrir convenablement,
- ◆ disposer d'un certain revenu,
- ◆ bénéficier d'un écosystème stable,
- ◆ compter sur un apport durable de ressources,
- ◆ avoir un droit à la justice sociale et à un traitement équitable."

(OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986)

L'organisation mondiale réitère ainsi le principe défendu depuis 1946 selon lequel la santé est "**un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité**". C'est une notion fondamentale puisqu'elle implique que la santé ne relève pas exclusivement de la pathologie et du sanitaire, mais qu'elle est, de façon globale, sociale.

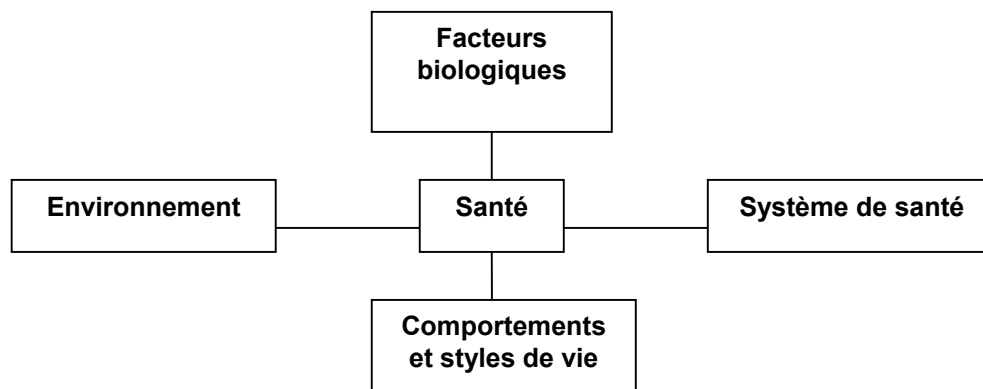
Cette position a des conséquences en matière d'intervention pour l'amélioration de la santé, puisqu'elle induit un positionnement transversal, la santé recouvrant tous les champs de la société.

Il faut ajouter que la santé inclut la notion de choix. Elle suppose la possibilité d'intervenir sur son environnement. La santé se situe donc dans une dimension dynamique du vécu des personnes.

Les déterminants de santé

La santé et la maladie sont des processus qui résultent de l'interaction de nombreuses déterminations, aussi bien biologiques que sociales. L'école de santé publique de Nancy regroupe les déterminants de santé sous le schéma suivant :

Les quatre groupes de déterminants de santé :



Les facteurs biologiques renvoient par exemple au sexe, à l'âge mais aussi à la physiologie et au patrimoine génétique.

Les facteurs environnementaux regroupent de manière large les facteurs socio-économiques, le cadre de vie, les facteurs physiques (climatiques et géographiques), biologiques (micro-organismes...), mais également les facteurs socio-anthropologiques comme l'environnement affectif, les liens de réseaux familiaux et extra familiaux ou encore les facteurs politiques.

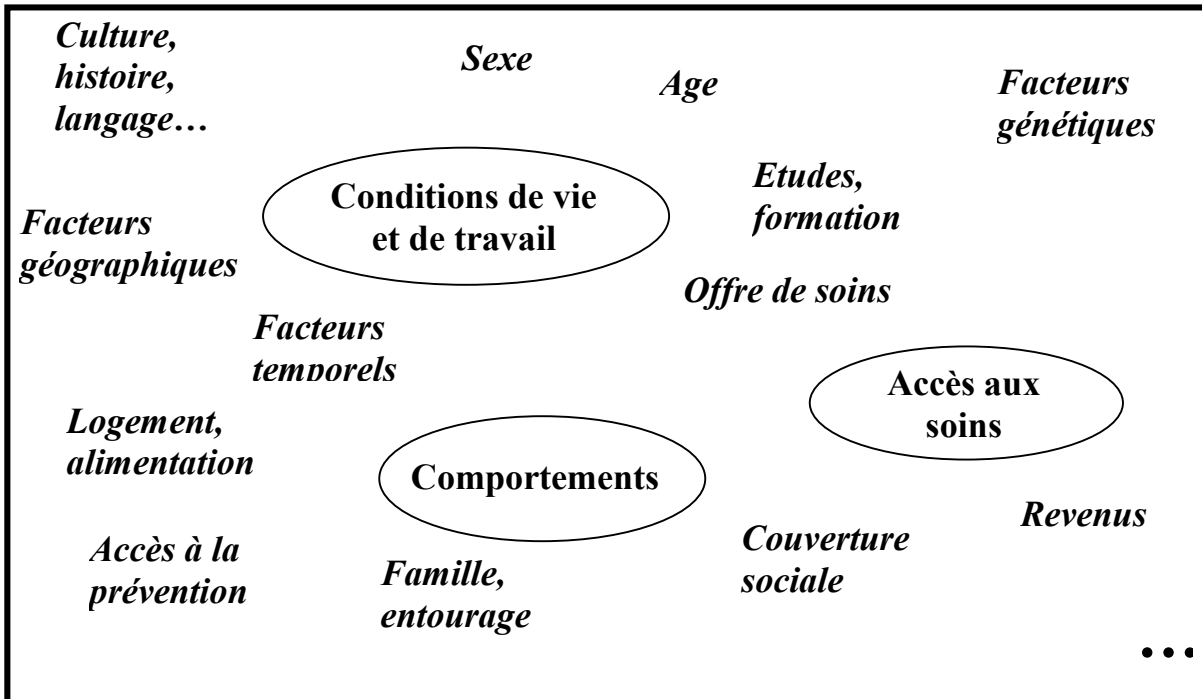
Les comportements et styles de vie englobent l'ensemble sont influencés au statut social des personnes et à leur situation professionnelle. Ils sont plus ou moins liés au facteur environnemental. Il s'agit des modes de consommation (alimentation, produits d'entretien, activités sportives ou culturelles, loisirs, fréquentation des lieux de sociabilité...).

Enfin, le quatrième facteur porte sur **le système de santé**. Il s'agit ici de l'organisation des services de santé. Ce facteur repose sur l'adaptation des politiques de soins et d'accès aux soins, de prévention aux besoins des usagers.

La santé ne dépend pas d'un facteur en particulier mais résulte au contraire de **l'interaction de ces grands groupes de déterminants**. Ces données concernent l'ensemble de la population française. Si l'on se recentre sur les publics accueillis dans les établissements adhérents de la Fnars, la pauvreté est l'un des déterminants centraux de la santé des personnes. Elle a de multiples conséquences : diminution de l'espérance de vie, risque accru de maladies infectieuses, hausse des taux de tabagisme ainsi que de consommation d'alcool (Organisation mondiale de la santé Europe, Rapport sur la santé en Europe 2002). Elle engendre également des effets sur l'état psychique des personnes avec une plus grande prévalence de la dépression, du suicide et des troubles du comportement.

Les déterminants de la santé sont donc multiples, interactifs et peuvent être représentés comme suit :

Les déterminants de santé :



Source : Santé pour tous, Gières (38)

État de santé des populations en situation précaire

Il n'existe pas de maladie propre à la précarité...

Les études qui traitent des questions de santé concernant les populations précaires montrent qu'il ne semble pas exister de maladies propres à la précarité. En revanche, la **santé des populations s'altère avec l'accentuation de la précarité**. L'étude menée de 1995 à 2002 sur les inégalités de santé et les comportements le montre bien (Moulin J.-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Gueguen R., Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002, in *BEH* n°43/2005, 31 octobre 2005).

Elle met en évidence que la plupart des indicateurs de santé sont altérés dans toutes les catégories de personnes en situation de précarité : "les risques relatifs varient de 1,96 pour les femmes en contrat emploi solidarité et de 2,02 pour les hommes chômeurs jusqu'à des valeurs très supérieures pour les sans domicile fixe (hommes RR=5,21, femmes RR=9,54)". De plus cette étude montre que les personnes en précarité ont plus le sentiment d'être en mauvaise santé que les non précaires. Le non recours aux soins est plus important avec un gradient qui s'accroît avec la précarité.

... mais un cumul des difficultés...

D'autres enquêtes pointent le fait que chez les populations les plus démunies, il existe un **cumul de difficultés et de problèmes de santé** repérés qui sont, de plus, soignés tardivement. A ces difficultés viennent se greffer des facteurs de risques aggravés dus aux conditions de vie dans lesquelles se trouvent les personnes.

L'état de santé général des personnes en situation d'exclusion est moins bon que la moyenne des catégories de la population française, comme le montre l'enquête Insee réalisée en 2001 : "16% des sans-domicile usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel".(Rochere (de la) B., La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, in, *Insee Première*, avril 2003, n°893)

... une accentuation des pathologies...

La même enquête montre que les usagers des services d'aide, qui relèvent donc du champ de la Fnars, ont une plus forte propension à la migraine (20%), aux maladies respiratoires (14%). Il est montré que ce public souffre également 5 fois plus du système digestif, 2 fois plus d'hypertension et de troubles cardio-vasculaires et 2 fois plus de problèmes dermatologiques (eczéma, mycoses, psoriasis...). Ces données sont étayées par l'enquête Abena qui s'est déroulée en 2004 et 2005. L'étude montre que les personnes qui bénéficient de l'aide alimentaire sont confrontées à des risques nutritionnels spécifiques liés aux conditions de vie précaires avec des risques pré-morbides et morbides plus importants dans cette population (Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006).

Certaines **pathologies sont fortement accentuées** et posent des difficultés de santé publique. C'est le cas de la tuberculose dont le taux d'incidence est 4 fois plus important chez les sans domicile fixe que dans la population générale et 8 fois plus importante parmi les populations migrantes (In *BEH* n° 18/2006 du 9 mai 2006).

Il est à remarquer que de nombreux indicateurs sont mal documentés, c'est notamment le cas pour les maladies mentales, les addictions, les atteintes physiques. Il existe à cet égard une étude chez les sans domicile fixe parisiens faite par Kovess en 1997, qui montre que 56% des personnes de l'échantillon présentent des pathologies mentales. En Bretagne un travail mené en 2005 a montré que 67% des personnes accueillies ont effectué des séjours en psychiatrie avant l'admission en CHRS (Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006).

Certains centres de soins gratuits recensent les atteintes pathologiques des bénéficiaires. Ces études peuvent être sujettes à caution en raison des biais de recrutement, du nombre restreint des échantillons et de la diversité des typologies mal définies des personnes précaires venant dans ces structures. Mais on y retrouve toujours un gradient d'aggravation et de multiplication des pathologies ainsi qu'un retard au soin avec l'accentuation de la précarité (Etude Credes de 2000).

... avec un état de santé plus fragile que le reste de la population...

Les personnes en situation de grande précarité présentent donc un état de santé plus fragile que le reste de la population. A cela s'ajoute un cumul des symptômes plus élevé que la moyenne. En effet, on constate que parmi les individus qui consultent des centres de soins gratuits, 50% des usagers ont au moins 4 diagnostics repérés et 20% sont diagnostiqués avec au moins 8 pathologies (Chauvin P., Parizot I., Lebas J., "Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits", in Joubert M., Chauvain P., Facy F, Ringa V., Précarisation, risque et santé, Inserm).

Emmanuelle Cambois écrit dans les Travaux de l'observatoire 2003-2004 qu'"il semble que, subies d'une manière prolongée, les conditions de vie des personnes en situation précaire

soient à même d'induire, de déclencher ou de révéler des pathologies latentes et d'expliquer ainsi une plus grande prévalence de pathologies avérées dans les milieux défavorisés".

Les enquêtes nationales ou régionales montrent donc, d'un point de vue macro-social que les publics rencontrés dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion présentent des difficultés particulières liées à la santé. Les responsables de structures font toutefois remonter que sur le plan micro-social, il est difficile d'évaluer ces données puisqu'ils ne sont pas en possession d'outils pour établir un état des lieux de santé dans les établissements, ce qui rend difficile les conduites de prévention et les stratégies d'intervention.

... et une perception particulière de la santé

L'enquête menée conjointement par l'Observatoire social du changement et la Fnars en 2002 (Paugam S., Clémonçon M., Détresse et ruptures sociales, résultats de l'enquête OSC-Fnars, *Recueils & documents* n°17, avril 2002) a montré que le nombre de difficultés rencontrées dans l'enfance et l'adolescence, ajoutées au cumul des difficultés à l'âge adulte, marquent et mettent les personnes dans des situations où il est difficile d'agir, d'être en position d'acteur, de projets.

Les répercussions sont très importantes, notamment sur la **santé psychologique** des personnes qui les ont vécues :

- ◆ **Manque d'estime de soi** : sentiment de ne pas être utile, de ne pas se sentir bien dans sa peau, d'être rejeté ou dévalorisé,
- ◆ **Angoisse et troubles psychosomatiques** : incapacité à se concentrer, préoccupation au point de perdre le sommeil, sentiment d'être constamment sous pression,
- ◆ **Incapacité à faire face** : l'incapacité de surmonter les difficultés, l'impossibilité de prendre les choses du bon côté et la perte de confiance en soi.

La promotion de la santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité

Enquête menée par l'association régionale Fnars Pays de la Loire en 2002 auprès de 173 personnes accueillies dans les structures du réseau et 120 professionnels de ces établissements.

Les publics accueillis dans les établissements d'accueil, d'hébergement et d'insertion sont confrontés à des problématiques particulières qui influencent leur mode de perception de l'environnement comme d'eux-mêmes. L'enquête a montré que les problèmes de santé vécus par les usagers relèvent du moral pour 46% des personnes interrogées, de la cigarette pour 46% également, des douleurs dorsales (41%), des troubles du sommeil (37%). Les personnes vivant en situation de précarité donnent une vision large de la santé et y intègrent le bien-être physique, mental et social. Les personnes enquêtées et les professionnels abordent, à travers plusieurs questions, l'aspect médical de la santé mais également, et très fortement, l'aspect social et moral. On se situe donc bien dans une approche globale de la santé, qui est vécue comme telle par les usagers.

L'aspect social est important dans la santé perçue par les usagers puisqu'ils parlent des liens sociaux qui apparaissent comme un moyen de maintien et d'amélioration de leur santé.

L'enquête laisse toutefois apparaître un déni du corps et de la santé à travers une non-prise en compte des problèmes de santé, la déniégation des problèmes d'addiction.

Concepts et notions proches de l'accompagnement santé

Le présent guide s'attache à donner des éléments concernant l'accompagnement santé dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion. Il est important de distinguer ici ce concept des autres notions auxquelles il pourrait être assimilé.

La promotion de la santé

L'Organisation mondiale de la santé définit la promotion comme "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci".

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle précise qu'"il s'agit de permettre aux personnes d'améliorer leur santé en ayant un plus grand contrôle sur celle-ci. En investissant dans la promotion de la santé, en intervenant en promotion de la santé, **on agit sur les déterminants de la santé** et **on contribue au progrès de la santé**, à la réduction considérable des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain, et au développement social. Le but ultime est d'accroître l'espérance de vie et de réduire les écarts dans ce domaine entre pays et groupes de population" (Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle, 4^{ème} Conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta 21 - 25 Juillet 1997).

On se situe dans une approche macro-sociale, c'est-à-dire qui concerne la société dans son ensemble. Cette approche se distingue de la notion d'accompagnement santé à travers laquelle sont appréhendées les pratiques et les postures professionnelles.

La prévention des risques

La prévention est l'**anticipation des risques** susceptibles d'entraîner des problèmes de santé ou de les aggraver. Il s'agit donc de l'ensemble des actions qui visent à réduire ou à éviter les conséquences des phénomènes à risque.

Il est couramment distingué 3 niveaux de prévention :

- La prévention primaire qui agit sur les risques avant l'apparition des problèmes.
- La prévention secondaire qui agit au début du problème ou de la maladie pour en limiter le développement. On peut parler ici de dépistage.
- La prévention tertiaire qui vise à éviter les complications, les rechutes ou des séquelles d'un problème de santé.

L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est un **outil** de la promotion de la santé. Il n'y a pas de définition figée de l'éducation pour la santé. Il s'agit en effet d'un champ en construction et beaucoup d'écrits existent en fonction des courants de pensée. Nous proposerons donc une définition institutionnelle qui est celle de l'Organisation mondiale de la santé.

Pour cette institution, l'éducation pour la santé est traduite comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin". Cette définition présente l'éducation pour la santé comme un outil visant à créer les conditions qui favorisent la capacité des personnes à prendre des décisions concernant leur santé.

Sur la base de la **démarche participative** et à travers des **méthodes pédagogiques**, il s'agit d'aider les personnes à prendre conscience des risques liés à la santé (physique, sociale et mentale) et à être en capacité de faire les choix adaptés dans la réponse à ces risques.

Eclairages sur le concept d'accompagnement santé

Le travail d'accompagnement dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion est fondé sur une conception large de la santé auprès de populations qui présentent des problématiques de vie et de santé particulières. L'accompagnement santé est le moyen qui permet d'articuler au mieux les questions de santé dans un parcours d'insertion. Avant d'en donner une définition synthétique, il nous faut porter un éclairage sur ce concept à travers :

- son cadre de référence,
- ses quatre champs d'influence,
- les changements professionnels qu'il suppose,
- son cadre éthique.

- ♦ **Une culture sante**
- ♦ **Les quatre champs d'influence de l'accompagnement santé**
- ♦ **Quels changements dans la prise en compte de la santé**
- ♦ **Les enjeux éthiques de l'accompagnement santé**

Une culture Santé

L'accompagnement santé s'inscrit dans un cadre de référence particulier qui vise à un droit à la santé avec des professionnels sensibilisés dans des équipes pluridisciplinaires pour porter la santé comme un levier pour l'insertion.

Le droit à la santé

En référence aux chartes universelles de santé, **la Fnars s'engage pour un droit à la santé**. En effet, une politique de santé publique d'accès à la protection sociale ou d'accès aux soins ne suffit pas à améliorer l'état de santé d'une population. Au-delà des soins médicaux, la santé repose également sur d'autres déterminants impliquant de nombreuses interventions publiques (politiques éducatives, de logement, d'emploi...). **La santé est l'affaire de tous** et implique chacun car elle s'inscrit à travers **trois dimensions : individuelle, familiale et collective**.

Nous constatons que les personnes en situation de précarité sont "carencées" au regard de l'accès aux droits, et des déterminants de santé affectés par la situation d'exclusion. Comme explicité dans le chapitre précédent, cette précarité génère, sur le plan individuel, une dégradation de l'état de santé. Ainsi, l'amélioration de la santé des populations précarisées relève d'une justice sociale (accessibilité, répartition sur un territoire) et nécessite, d'une part, la mise en perspective de prévention, d'éducation et surtout de promotion de la santé et, d'autre part, un accompagnement spécifique.

L'accompagnement santé

Le travailleur social est formé à la mise en œuvre des démarches d'accès à la protection sociale ainsi qu'à la médiation entre les personnes suivies et le secteur médical. Il assure ainsi un accompagnement social vers le système de santé publique.

L'accompagnement santé va au-delà, car partant d'une approche santé, il prend en compte la personne accompagnée et notamment :

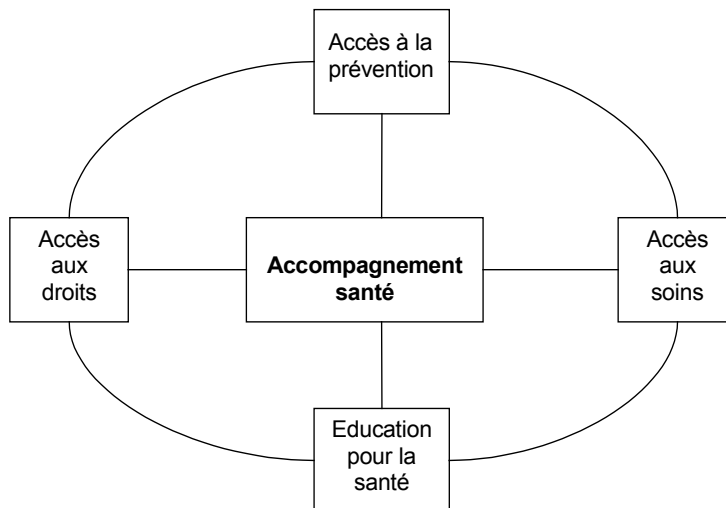
- sa situation personnelle dans sa globalité,
- les difficultés qu'elle rencontre,
- les freins à l'insertion (souffrance psychique, conduites addictives...),
- ses potentiels, compétences et capacités.

Son intervention visera à :

- améliorer l'image de soi, l'expression personnelle,...
- aller au-delà de la pathologie et du soin et à accompagner la personne dans l'ensemble - de ses problématiques.

L'accompagnement intègre les quatre piliers présentés ci-dessous, et se réalise en transdisciplinarité.

Les quatre piliers de l'accompagnement santé :



Cette approche interroge différents plans :

- ♦ L'**éthique** : en terme de changement de regard sur les personnes et sur les partenaires impliquant un changement des représentations.
- ♦ Les **limites de compétences** : repérer ce qui relève de la pratique sociale ou de la santé, de l'autonomie sociale ou du soin.
- ♦ La **responsabilité** de la préoccupation de la santé entre les structures, les professionnels et les usagers.

Manière d'être et d'agir, l'accompagnement santé se démarque par un changement dans le rapport à l'autre (aller vers, créer avec, s'appuyer sur les savoirs) et par l'élaboration d'une culture commune partagée en réseau, que ce soit en interne ou en externe à l'institution.

Un levier pour l'insertion

L'amélioration de la santé commence par la satisfaction des besoins fondamentaux et se poursuit par la prise en compte de la détresse des personnes et de leur besoin d'expression. L'intervention sociale pourra, au-delà de ces objectifs, s'attacher au développement du "capital santé".

La santé est un préalable, aussi bien qu'une conséquence de l'insertion. L'inclusion de l'accompagnement santé dans les projets institutionnels et individuels, permet l'évolution de l'accueil et de l'accompagnement des usagers, en posant un acte premier de reconnaissance de leur identité et de ce qui les constitue en tant que personne. En effet, la santé est en relation avec tous les champs de l'intervention sociale et de l'insertion : le logement, l'hébergement, l'urgence, l'emploi, la culture...

Les modes d'intervention peuvent relever de l'approche individuelle, collective et systémique. Par l'accent sur la mise en réseau, l'accompagnement santé entraîne un positionnement ouvert de la structure sur le territoire local.

Les quatre champs d'influence de l'accompagnement santé

L'accompagnement santé suppose des préalables en matière d'organisation. Il s'étend sur différents niveaux que sont notamment les projets associatifs et d'établissements. Il nécessite et encourage également la coopération sanitaire et sociale tout comme il s'appuie sur une organisation territoriale des compétences et des ressources. Enfin, l'accompagnement santé touche les usagers puisqu'il vise à reconnaître ces personnes comme actrices de leur propre santé.

Au cœur des projets associatifs et des projets d'établissements

Les associations, leurs établissements et leurs services ont développé diverses actions d'accès aux droits et aux soins. Celles-ci entrent dans la logique globale d'une démarche d'insertion. Ainsi, au même titre que les travailleurs sociaux se sont spécialisés dans les actions d'insertion par l'économique, par le logement..., des professionnels ont pris en compte les difficultés d'accès des personnes aux droits et aux soins.

En effet, on peut constater qu'il s'avère nécessaire de se préoccuper au quotidien de la santé des personnes en grande précarité et pas seulement quand elles sont malades. Cela implique de s'investir davantage dans la prévention et la promotion de la santé. Nous parlons alors d'accompagnement santé, en revisitant entre autre les différents thèmes de l'alimentation, l'image de soi..., mais aussi en mettant au premier plan ce qui est déterminant pour favoriser un véritable accès à un droit à la santé.

Ceci implique par ailleurs de valoriser l'approche santé dans les autres actions d'insertion. Dès lors, tous les acteurs du social se retrouvent impliqués dans ce que l'on peut appeler la sanitarisation du social. La dimension spécifique de la santé doit donc être intégrée dans le **projet associatif** qui définit les valeurs et les orientations de l'association, ainsi que dans le **projet d'établissement** qui définit de manière opérationnelle les modes d'intervention des professionnels et bénévoles des établissements et services.

La coopération sanitaire et sociale

L'approche santé implique un changement profond au niveau des relations entre le sanitaire et le social. Le social se cantonnait jusqu'alors à favoriser l'accès aux soins et à assurer la médiation entre les personnes et le secteur médical. Désormais peuvent se développer les **notions de réseau**, de culture commune...qui permettent de réfléchir à la mise en œuvre d'initiatives collectives qui se déclinent en **chartes, conventions, mise à disposition et offres de services**... Dans un contexte de désengagement politique du secteur sanitaire en matière d'activités sociales, le secteur social met en œuvre des compétences de prise en charge relevant du sanitaire et répondant à de nouvelles problématiques de l'exclusion (la souffrance psychique notamment). Au gré des projets, l'accompagnement santé peut donc relever tantôt du secteur sanitaire, tantôt du secteur social.

La compétence professionnelle dans le cadre d'une organisation territoriale

L'accompagnement santé peut se décliner en premier lieu en animation d'ateliers, en suivi individualisé tout au long d'un parcours d'insertion ou en montage de projets. Il s'appréhende également en terme **de santé publique** ; il s'agit en effet de se préoccuper de prévention, d'éducation à la santé, d'organisation des soins et de définition de structures, d'outils et de

professionnels capables de porter les actions de prévention et de promotion de la santé. En outre, il convient d'inscrire les projets, dans un cadre plus large lié aux politiques régionales de santé.

De plus, les professionnels de l'accompagnement santé doivent être en mesure d'**identifier les besoins** à partir d'observations spécifiques et de méthodes participatives, mais aussi d'analyser les parcours d'insertion.

Enfin, sur le territoire local, la **coordination** et la **mutualisation autour d'actions communes** doivent être mises en œuvre dans une **démarche éthique qui se décline en chartes, conventions et bonnes pratiques**.

La dynamique de l'organisation des compétences des usagers/des habitants

L'accompagnement santé implique **la connaissance et le développement des compétences des usagers** en matière de santé. Il organise obligatoirement l'émergence de ces qualités. C'est la participation des personnes qui est recherchée dans tout le déroulement des actions y compris dès les premiers choix d'accompagnement santé.

Quels changements dans la prise en compte de la santé?

L'accompagnement santé apporte quelques changements dans le travail d'accueil des usagers. En effet, il implique une évolution dans les rapports que peuvent avoir les professionnels avec les personnes accueillies. La santé étant transversale à toutes les problématiques d'un individu, l'accompagnement santé suppose une prise en compte de l'ensemble des questions qui constituent la personne et donc des déterminants de santé pour se positionner sur une approche globale.

Le rapport à l'autre

L'accompagnement santé implique un changement profond des représentations et notamment du regard porté sur l'autre. Il s'inscrit dans une démarche de "**démocratie socio-sanitaire**".

Rappelons qu'il n'y a pas de maladies spécifiques liées à la pauvreté mais une dégradation progressive de l'état de santé des personnes en situation de précarité. Les questions de santé concernent chaque citoyen, d'où la nécessité d'une participation collective à l'élaboration du système. Ceci implique le développement d'actions en direction aussi bien des professionnels que des usagers.

L'appréciation des déterminants de santé

Comme nous l'avons dit précédemment, les conditions de vie et les capacités d'adaptation des individus ont des répercussions sur la santé et la maladie. L'accompagnateur doit pouvoir rechercher et hiérarchiser les déterminants de santé d'un individu ou d'un groupe et évaluer leurs répercussions sociales.

Il s'agit ainsi de prendre soin des personnes à travers l'ensemble des problématiques ou difficultés qu'elles peuvent rencontrer (santé, logement, emploi, ...), et non de réduire l'aide proposée à l'accès aux seuls soins médicaux.

Des compétences professionnelles

L'accompagnement santé implique de développer des compétences professionnelles dans les domaines suivants :

- l'évaluation de la situation,
- l'accompagnement individualisé (capacités d'écoute, d'adaptation, d'empathie),

- l'animation collective,
- la capacité d'action sur un territoire (mutualisation/coopération/mise en œuvre de pratiques pluridisciplinaires),
- le montage d'actions.

Les enjeux éthiques de l'accompagnement santé

L'accompagnement santé n'est pas un concept figé. C'est une notion en construction dans les associations. La Fnars propose une approche de ce concept à un moment donné. L'objectif de la démarche est d'apporter une base de discussion et d'échange pour les professionnels de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion. Nous proposons ainsi des pistes pour un questionnement sur la santé au sein des associations.

L'accompagnement santé doit être mis en place dans les établissements en ayant porté une réflexion sur des principes de base :

- Il s'agit d'une démarche volontaire qui s'ancre dans une relation basée sur l'échange et la confiance des relations entre les sujets, sans préjugés ni a priori.
- Il s'appuie sur une recherche de coopération et de réciprocité entre le professionnel et l'utilisateur pour construire la démarche de manière participative. Cela nécessite un engagement de chacun pour favoriser le passage de relais permettant la poursuite de la dynamique engagée : l'utilisateur reste pleinement acteur de son parcours d'insertion.
- Cette réciprocité suppose d'être à égalité en tant qu'être humain mais dans des rôles sociaux différents et des fonctions sociales différentes.
- L'action s'inscrit dans un parcours de vie et est une étape délimitée dans le temps.

Finalement l'accompagnement santé consiste dans le fait de favoriser l'expression d'un libre arbitre pour la construction d'un projet de vie ou simplement la saisie d'opportunités pour le bien-être de la personne.

La démarche participative nécessite de **questionner le positionnement personnel des professionnels** par rapport à l'accompagnement santé :

- Ne pas imposer sa conception de la situation.
- Accepter l'inconnu et accepter de ne pas pouvoir contrôler tout le déroulement de la démarche.
- Apprendre à écouter et à s'exprimer de manière claire et sans juger son interlocuteur.

Il s'agit ici de rechercher une situation de confiance et d'ouverture aux capacités et difficultés des personnes. Mais au-delà de ces interrogations, l'accompagnement santé suppose également de questionner les conventions sociales :

- Considérer que chacun peut avoir des compétences et des réflexions pertinentes.
- Créer des liens qui permettent de dépasser les préjugés et les incompréhensions.
- Reconnaître son environnement social et l'influence qu'il peut avoir sur les pratiques des professionnels.

L'accompagnement santé est donc un concept qui doit être questionné en interne dans chaque association. Il est important de débattre sur les principes de base pour pouvoir mettre en place une telle démarche.

Rappel

Accompagner les personnes c'est les aider à éviter de nouvelles ruptures et surtout créer du lien. L'accompagnement intègre la notion de "passage". C'est-à-dire que le professionnel fait avec la personne et la soutient dans son parcours. Il ne s'agit aucunement de faire à la place de l'utilisateur mais au contraire de tout mettre en œuvre pour faciliter la mise en place du projet de la personne.

Assister se distingue de la notion d'accompagner dans le sens où l'on se situe dans une perception unilatérale de l'action. L'assistance revêt une connotation de passivité dans laquelle la personne subit l'action. Assister signifie alors davantage faire à la place de l'utilisateur ou faire pour l'utilisateur. Or l'accompagnement se situe dans l'approche participative : dans la pratique cela signifie faire avec l'utilisateur.

En résumé, pour la Fnars l'accompagnement santé se définit de la manière suivante :



L'accompagnement santé est un levier majeur pour l'insertion. Il intègre les questions de santé dans l'accompagnement social et dans l'insertion.

C'est une posture professionnelle qui permet, en co-construction avec l'utilisateur, de faire émerger ses besoins de santé et d'améliorer cette dernière. Ces questions sont intégrées de façon centrale dans l'organisation de la structure et dans le cadre d'un partenariat sanitaire et social.

Pour la Fnars l'accompagnement santé répond à ses engagements fédéraux, à savoir favoriser l'autonomie des utilisateurs et développer une éthique citoyenne.

**Comment mettre
en place
l'accompagnement
santé ?**

L'accompagnement santé trouve un ancrage à plusieurs niveaux : celui de l'association et de l'établissement, celui du partenariat et celui des professionnels. Afin de proposer un accompagnement adapté, il est nécessaire de cerner les différents enjeux présents à chacun de ces niveaux.

Il n'existe pas d'organisation type de l'accompagnement santé. Chaque établissement ou service a ses propres particularités. La mise en œuvre de l'accompagnement santé nécessite une réflexion propre à chacun, une organisation interne spécifique et un diagnostic territorial.

- ◆ **Comment l'institution prend-elle en compte les questions de santé des personnes accueillies ?**
- ◆ **Comment les actions de l'association s'articulent-elles avec celles de ses partenaires ?**
- ◆ **Comment les moyens internes peuvent-ils être organisés ?**
- ◆ **Comment évaluer le processus de l'accompagnement santé ?**

Comment l'institution prend-elle en compte les questions de santé des personnes accueillies ?

Chaque association doit **s'interroger sur la place accordée aux problématiques liées à la santé dans son organisation et son fonctionnement.**

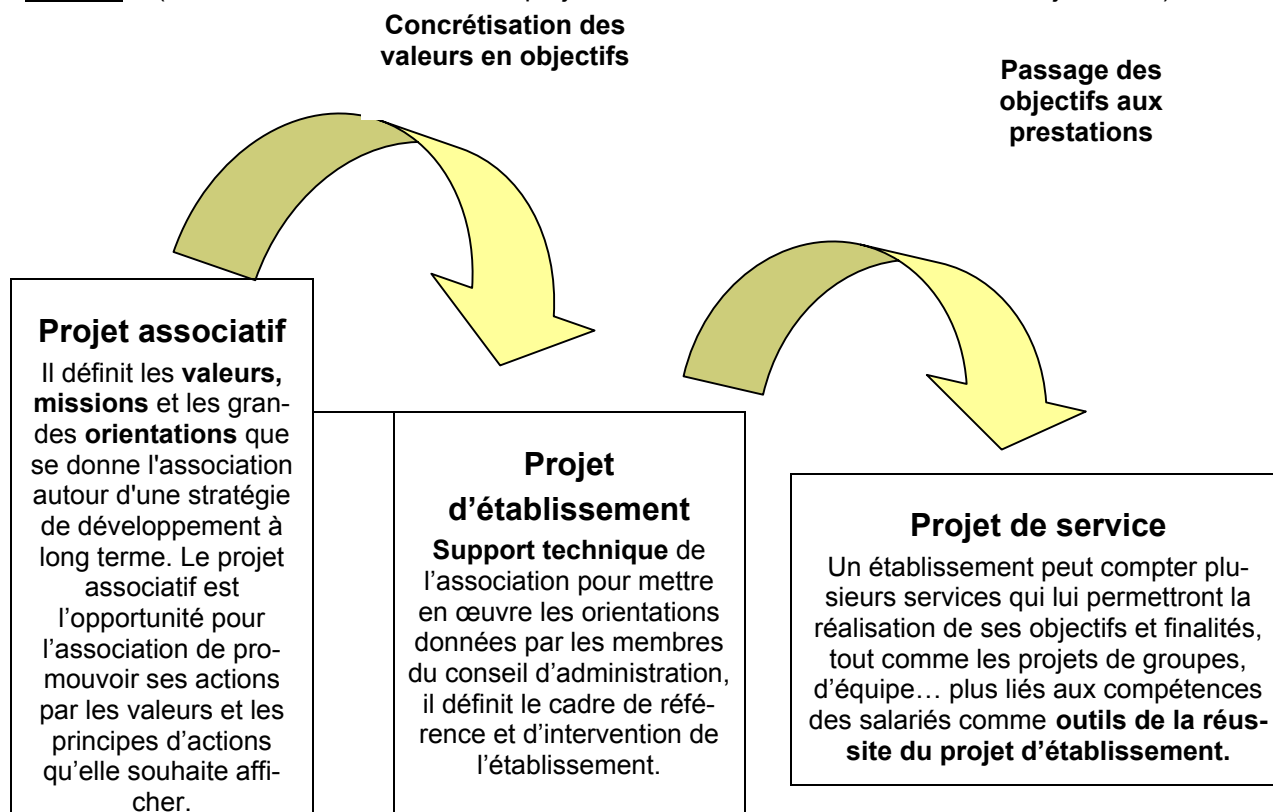
Le premier niveau de réflexion de l'organisation est de vérifier comment les questions de santé et de bien-être des usagers sont inscrites dans le projet associatif et dans les projets d'établissement et de service.

Inscrire la santé dans le projet associatif

Le projet associatif est le **document de référence** de l'association. Il est élaboré par le conseil d'administration qui pose les grandes lignes de l'action menée par son association. Ces orientations inscrites dans le projet associatif guident des actions menées dans les établissements. Par conséquent, **l'inscription de la santé** dans le projet de l'association **donne du sens à l'engagement des professionnels dans l'accompagnement santé.**

Il est essentiel qu'une association oriente son action en tenant compte du thème de la santé. Les **valeurs** qu'elle inscrit dans son projet témoignent des finalités de la structure. Inscrire la santé dans le projet associatif permet donc d'afficher la volonté de l'association **d'agir sur l'amélioration de l'état de santé des usagers** et d'œuvrer pour **l'insertion des personnes.**

Rappel : .(Fnars, Définir ou redéfinir son projet associatif, *Recueils & documents n°9*, juin 2000).



Voici 3 extraits de projets associatifs pour illustrer la manière dont la santé peut être intégrée dans le document :

- Extrait du projet associatif de La Maison de l'Argoat à Guingamp**

"Elle a été créée pour gérer des structures visant l'**insertion** par le logement, le travail, **la santé**, la formation..., par des activités sociales et éducatives."
- Extrait du projet associatif de l'Association pour l'Animation et la gestion de l'emploi et l'hébergement en Bretagne (AGEHB) à Brest**

"Suivant ses statuts (Réf. Article 2), l'association a pour but "d'accueillir et d'aider les personnes à retrouver ou à développer leur capacité d'autonomie par tous les moyens appropriés : hébergement, réinsertion par le travail, **santé**, formation..."

Extrait du projet associatif de L'Horizon au Mans

"A toute personne isolée sans travail, sans hébergement, en rupture avec sa famille et tout lien social, il doit être offert la possibilité d'être hébergée, nourrie, **soignée**, dans le respect de sa dignité"

"(...) L'association, en référence à ses statuts, a pour objectifs de favoriser l'insertion sociale et professionnelle pour des personnes isolées ou en couple avec ou sans enfants. (...) En mobilisant tous les moyens mis à sa disposition par la loi, en matière de logement, de formation, d'insertion par l'activité économique, de loisirs, de **santé et de bien-être**".

Dans ces exemples, **la santé et le bien-être des personnes apparaissent comme des finalités** au même titre que le logement, l'emploi, la formation ou bien encore les loisirs. Ces orientations stratégiques vont permettre aux structures de décliner la santé dans les projets d'établissement et de service.

Inscrire l'accompagnement santé dans le projet d'établissement et les projets de service

Tout comme il est important de situer la santé dans les valeurs et les orientations de l'association, il est nécessaire d'inscrire l'accompagnement santé dans les documents qui traitent de l'activité de la structure et de la **mise en œuvre opérationnelle des stratégies associatives**.

Le projet d'établissement ou de service est un support essentiel pour l'**appropriation de l'accompagnement santé par les équipes**. En effet, son élaboration ou sa révision suppose une réflexion collective sur les objectifs de l'établissement, sur les pratiques professionnelles, sur les activités et sur l'organisation. Les temps d'échanges et de débats en interne sur le contenu du document permettent aux salariés de **partager des valeurs communes**. Il est donc essentiel que la question de la santé soit incluse dans les réflexions autour des projets d'établissement et de service pour avoir une cohérence de valeurs et adopter une posture professionnelle collective adaptée à l'accompagnement santé.

L'amélioration de la santé pour les usagers va passer par différentes prestations qui seront déclinées tout au long du projet d'établissement, au travers des objectifs fixés et des services proposés. Pour donner du sens à l'accompagnement santé, il est préconisé de **décrire les actions visant le bien-être des usagers**.

Consacrer une partie, un chapitre entier à ce thème au sein du projet d'établissement n'est peut être pas des plus pertinents si l'on considère qu'il s'agit d'une **préoccupation transversale** à l'ensemble des thématiques et non pas un sujet indépendant des autres. En revanche, on peut tout à fait intégrer la santé au document de manière continue et transversale en la mettant en lien avec chacun des thèmes du projet d'établissement ou de service.

Voici, par exemple, deux extraits de projet d'établissement :

Le Centre de Vie Saint Yves à Vertou (44)

Principes généraux

"Le CHRS Saint Yves concourt à la réinsertion sociale et/ou professionnelle des personnes accueillies en situation d'exclusion, marginalisées, lourdement désocialisées et demandeurs d'aide socio-éducative par l'hébergement, un séjour prolongé si nécessaire, une prise en charge globale : cogestion financière, gestion de la vie quotidienne, assistance dans les actes de la vie courante, **santé**, formation, logement, emploi, loisirs, etc, en étroite collaboration avec tous les acteurs sociaux et médicaux, les partenaires institutionnels, les autres CHRS, les organismes liés à la formation, à l'emploi, les partenaires économiques, l'environnement socio-culturel.

Elles bénéficient d'un accompagnement socio-éducatif permanent durant le séjour et après le départ si la personne le demande : **dans ce cas une convention règle les modalités et le partenariat avec les autres intervenants médicaux et sociaux.**

(...) L'accueil et le suivi personnalisés entraînent le soutien, l'aide et le guidage nécessaires à la condition sociale de la personne accueillie et le centre favorise l'insertion par tous les moyens adaptés à ses besoins en s'appuyant particulièrement sur les dispositifs des lois liées au RMI, au logement et à l'habitat, à la prise en charge du handicap et des personnes âgées.

Dans tous les cas, les exigences en matière d'activités et de projets sont adaptées en permanence aux situations individuelles."

L'Association nationale d'entraide (Anef) à Nantes (44)

L'insertion

"si l'objectif pour tous est l'accès à l'emploi, le chemin est individualisé et passe pour certains par **un travail de valorisation de soi, de restauration de la confiance** et de socialisation ; pour d'autres il nécessitera des modules de pré-qualification et de formation.

L'insertion professionnelle fait l'objet d'un suivi personnalisé assuré par un service spécifique."

Comment les actions de l'association s'articulent-elles avec celles de ses partenaires ?

Le potentiel d'une structure et les leviers d'actions à tout projet relèvent du partage des points de vue, des compétences et des champs d'actions. Le travail en réseau et la construction de partenariats sont d'une importance majeure pour les associations et les établissements. Au préalable, chaque association doit repérer ses partenaires et connaître les politiques locales. Cette démarche permet de se positionner en cohérence au sein du territoire.

Identifier les partenaires

Avant de se lancer dans une démarche de réseau, il convient d'identifier les partenaires potentiels. Voici donc quelques pistes qui peuvent vous aider tant du point de vue des compétences que des éventuels soutiens financiers institutionnels. Ce repérage n'est pas exhaustif, il est donc possible que vous trouviez d'autres partenaires sur le territoire de votre association.

Les professionnels de terrain médicaux et médico-sociaux

Les associations ont intérêt à se rapprocher des professionnels locaux compétents sur des problématiques particulières. Les professionnels de ces structures pourront, en effet, vous aider en alimentant la démarche d'accompagnement santé par leurs compétences spécifiques.

Ainsi, on peut repérer entre autres :

Les hôpitaux	<p>L'hôpital propose une offre de soins quasi exhaustive. C'est lui qui centralise les premiers soins dans les urgences et oriente les patients en fonction de leur pathologie.</p> <p>Il est important de se rapprocher de cette institution tant pour les services que l'hôpital peut proposer, notamment les urgences, que pour les préoccupations de sortie des usagers, leur hébergement et les éventuels soins dont ils peuvent avoir besoin.</p>
Les centres médico-psychologiques (CMP) et les intervenants des secteurs psychiatriques	<p>Chaque structure associative dépend d'un secteur psychiatrique auquel est rattaché un centre médico-psychologique.</p> <p>Ils agissent dans le domaine de la psychiatrie et du soutien psychologique. Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert rattachées à un centre hospitalier. Ils assurent un diagnostic, des soins et de la prévention en lien avec la santé mentale des usagers.</p> <p>Pour connaître le secteur dont vous dépendez, il faut contacter la Ddass ou bien la mairie de votre commune.</p>
Les médecins libéraux	<p>Les médecins libéraux près de votre établissement peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés pour établir des diagnostics médicaux et dispenser des soins (médecins généralistes ou médecins spécialistes.)</p>
Les dentistes	<p>La problématique bucco-dentaire est récurrente pour les personnes accueillies par les associations. Des partenariats avec des dentistes peuvent se révéler très intéressants pour les démarches de santé des personnes.</p>

<p>Les professionnels para-médicaux</p>	<p>Les professionnels du para-médical sont également à repérer comme partenaires de votre association pour dispenser certains soins ou services. Il s'agit des infirmières, des kinésithérapeutes, des laboratoires d'analyses médicales, des opticiens, des podologues...</p>
<p>Les centres spécialisés en addictologie</p>	<p>Il s'agit des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui, à terme, devraient fusionner les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ou encore les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). "Les CSAPA seraient dans l'obligation d'assurer l'accueil, l'information, l'évaluation clinique et l'orientation de toute personne dépendante aux substances psychoactives. Concernant la prise en charge médicale, psychosociale et éducative, les CSAPA auraient la possibilité de spécialiser leur activité sur le versant toxicomanie et / ou le versant alcool", selon une circulaire de la DGS du 10 mars 2006.</p> <p>La notion d'"ambulatoire" signifie que le soin ne nécessite pas d'hospitalisation. Le patient vient consulter ou se faire prodiguer des soins dans le centre mais n'est pas astreint à y séjourner. Il s'agit donc d'une hospitalisation externe.</p>
<p>Les centres de consultations</p>	<p>Ils proposent des consultations médicales pour des personnes en difficulté avec une écoute et une orientation adaptée.</p> <p>Il est ainsi possible de se rendre dans les Permanences d'accès aux soins de santé situées le plus souvent dans les hôpitaux, ou bien encore dans les missions de Médecins du monde, les antennes de premier accueil social médicalisé de la Croix Rouge Française, etc.</p>
<p>Les centres d'examens de santé (CES)</p>	<p>78 départements disposent d'un centre d'examens de santé (ou d'une antenne) qui dispense aux assurés sociaux et à leurs ayant droits des examens gratuits.</p> <p>Ils peuvent effectuer des bilans de santé gratuits, sans avance de frais. Ces bilans comportent une consultation médicale, ainsi que des analyses, tests et examens personnalisés et modulés en fonction de l'âge et du sexe de la personne, de ses habitudes de vie, de ses antécédents médicaux et de certains facteurs de risque.</p> <p>Il dure environ 2 heures et demi ; permet de mettre en évidence des facteurs de risque et de dépister certaines affections ignorées ou latentes</p>

<p>Les réseaux sociaux et médico-sociaux</p>	<p>Certains réseaux sont tournés autour de troubles particuliers comme l'addictologie, le cancer, le diabète, les souffrances psychiques ...</p> <p>Spécialisés et compétents sur une thématique, ils peuvent vous venir en aide sur un problème auquel vous vous trouvez confronté ou bien sur un projet que vous souhaiteriez monter. Ils regroupent un ensemble de professionnels et/ou de structures pour répondre à un ou des problèmes de santé précis en prenant en compte les besoins des individus. Il existe :</p> <ul style="list-style-type: none">- les réseaux d'établissements de santé accrédités par l'Agence régionale de l'hospitalisation,- les réseaux ville-hôpital monothématiques (Sida, toxicomanie, cancer...) souvent constitués en association relevant de loi du 1er juillet 1901,- les réseaux de santé de proximité qui associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation,- les réseaux de soins, plus rares, tournés autour du soin et d'une pathologie. <p>"Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé." (Anaes, Principes d'évaluation des réseaux de santé, août 1999)</p> <p>Pour connaître les réseaux de santé sur votre territoire vous pouvez notamment contacter la Coordination nationale des réseaux (CNR) (www.cnr.asso.fr).</p>
---	--

Les institutions régionales :

Les institutions listées ci-dessous possèdent des compétences en matière de santé et d'application des politiques publiques. Elles sont donc susceptibles de vous soutenir dans vos démarches ou de répondre à des questions que vous vous posez :

<p>Les Drass (Directions régionales des affaires sanitaires et sociales) :</p>	<p>Services déconcentrés régionaux, les Drass orientent les politiques de santé et déterminent les priorités régionales.</p> <p>Le Plan régional de santé publique (PRSP) comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels en vue de la réalisation des objectifs nationaux. Il existe des plans et programmes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la déclinaison des 5 plans stratégiques nationaux : lutte contre le cancer, lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, pour améliorer la prise en charge des maladies rares, - le Praps (accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté sociale), - le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence. <p>Le PRSP consiste donc en la mise en cohérence régionale des programmes et plans existants sous la responsabilité du préfet de région ou à élaborer, dans le respect des grands principes annexés à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et en tenant compte des spécificités régionales.</p>
<p>Les Urcam (Unions régionales des caisses d'assurance maladie)</p>	<p>Elles visent à la régulation et la coordination des soins, la prévention et l'éducation pour la santé.</p>
<p>L'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation)</p>	<p>Elle définit et met en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le schéma régional d'organisation sanitaire.</p> <p>Elle analyse et coordonne l'activité des établissements de santé publics et privés et contrôle leur fonctionnement.</p>
<p>Les conseils régionaux</p>	<p>S'il le souhaite, le conseil régional peut définir des objectifs particuliers en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions correspondantes en informant le représentant de l'Etat.</p>

Les institutions départementales :

Les Ddass (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales)	Services déconcentrés départementaux, les Ddass animent et coordonnent les orientations régionales. Elles mettent en œuvre les politiques nationales à travers des actions de prévention et de promotion de la santé. Elles assurent également les politiques d'insertion ainsi que la tutelle des établissements sociaux et médico-sociaux. En outre, elles sont en charge de la Protection maternelle et infantile, des centres de planification familiale, des centres de dépistage gratuits, de la lutte contre la tuberculose...
Les CPAM (Caisses primaires d'assurance maladie)	Elles traitent les remboursements de soins et s'occupent de l'immatriculation des assurés, notamment pour la CMU et l'AME.
Les conseils généraux	Avec la décentralisation, les départements ont acquis des compétences concernant l'insertion professionnelle des jeunes et la lutte contre l'exclusion. A ce titre, certains conseils généraux ont développé des pôles de promotion de la santé sur les territoires. Il convient donc de s'informer de la politique de votre département en matière de santé. Par ailleurs, les départements sont responsables du dispositif RMI. Les Commissions locales d'insertion (Cli) peuvent disposer d'un volet santé dans leurs axes de travail. Il est donc recommandé de vous renseigner auprès de votre département.
La Mutualité sociale agricole	Elle assure la protection sociale de l'ensemble des professions agricoles.

autres structures

<p>Les communes ou intercommunalités</p>	<p>Dans le cadre de la politique de la ville, certaines communes ont mis l'accent sur le volet santé notamment à travers les ateliers santé-ville qui s'appliquent dans les zones urbaines sensibles. La finalité vise la réduction des inégalités territoriales en matière de santé publique. Il s'agit ainsi de rapprocher les acteurs de santé et ceux de la politique de la Ville à tous les échelons administratifs (régional, départemental et local), et de mettre en cohérence les dispositifs existants.</p> <p>"L'atelier santé ville" est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local et, si possible avec la participation des habitants. L'objectif est de réaliser un diagnostic local pour élaborer un plan d'action santé à l'échelle de la ville</p> <p>(Pour plus d'informations : http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/praps/).</p>
<p>Les comités d'éducation pour la santé (21 comités régionaux - Cres - et 90 comités départementaux - Codes)</p>	<p>Ils participent aux politiques régionales de santé, proposent des conseils techniques et méthodologiques et mettent à disposition des bases documentaires.</p>
<p>La médecine du travail</p>	<p>Il s'agit d'une médecine préventive visant à éviter la dégradation de la santé des salariés du fait de leur travail.</p> <p>La médecine du travail peut être un partenaire privilégié des structures d'insertion par l'activité économique puisqu'elle rencontre chaque salarié en insertion.</p>
<p>La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)</p>	<p>Il s'agit d'un lieu unique d'accueil, d'orientation et de reconnaissance des droits pour les personnes handicapées et leurs familles. La MDPH informe et accompagne les personnes. Elle reçoit les demandes de droits et de prestations, organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).</p> <p>La MDPH remplace l'ancienne Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) pour les adultes, la Commission départementale des personnes handicapées (CDES) pour les personnes de moins de 20 ans et le Site pour la vie autonome (SVA) pour l'attribution d'aides techniques.</p>

Vous pouvez donc vous constituer un répertoire de contacts locaux avec les différents référents dans les diverses institutions, leurs fonctions et leurs coordonnées, à minima pour la Ddass, la Drass, l'Urcam, la CPAM, la MSA, le conseil général, la commune et l'intercommunalité.

Le réseau français des villes-santé

L'engagement dans le Projet Villes-santé implique pour les municipalités, l'adhésion à la doctrine de l'OMS "Santé pour tous" et aux principes de promotion de la santé tels qu'ils sont définis dans la Charte d'Ottawa : c'est dire que les responsables municipaux considèrent la santé de la population comme un enjeu important dont il doit être tenu compte dans l'ensemble des décisions municipales.

Les villes-santé se donnent pour objectif d'agir sur les déterminants de santé, de réduire les inégalités de santé, de protéger les groupes vulnérables, de favoriser les démarches partenariales et participatives, et de réunir les acteurs sanitaires et sociaux autour de la santé dans sa définition large.

L'enjeu pour la ville est ainsi d'aborder la santé autour des soins, de la prévention et de l'éducation dans une démarche de développement durable.

60 villes font aujourd'hui partie de ce réseau :

Amiens	Corbeil-Essonnes	Lorient	Roubaix
Angers	Dijon	Lormont	Rouen
Aubagne	Dunkerque	Lyon	Saint-Brieuc
Aulnay-sous-Bois	Evry	Marseille	Saint-Dié des Vosges
Belfort	Fort de France	Montpellier	Saint-Denis
Besançon	Grande-Synthe	Mulhouse	Saint Jean de la Ruelle
Blois	Grasse	Nancy	Saint-Pierre (Réunion)
Bordeaux	Grenoble	Nantes	Saint-Quentin en Yvelines (Communauté d'Agglomération)
Boulogne-Billancourt	La Rochelle	Nîmes	Soissons
Bourgoin-Jallieu	La Roche sur Yon	Orléans	Toulouse
Brest	Le Blanc Mesnil	Orly	Vandoeuvre lès Nancy
Calais	Le Lamentin (Martinique)	Perpignan	Villeneuve d'Ascq
Chalon sur Saône	Le Portel	Reims	Villeurbanne
Châteauroux	Lille	Rennes	Yzeure
Chaumont	Lomme	Romans sur Isère	

Connaître les partenaires

Après avoir identifié les partenaires qui œuvrent pour la santé sur le territoire, il est important de les rencontrer pour connaître :

- leurs activités,
- leurs projets concernant la santé et leurs liens éventuels avec les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion,
- leurs horaires d'ouverture pour les centres médico-psychologiques par exemple, les centres de consultation médicale et permanences de soins ou encore les centres de distribution alimentaire,
- les personnes-ressources ou structures qui peuvent vous aider dans la résolution d'un problème particulier lié à l'accompagnement des usagers.

Favoriser le travail en réseau

Le travail en réseau est fortement recommandé dans l'intérêt de l'utilisateur, pour la capitalisation des ressources et l'amélioration de la portée des projets. Mais il faut distinguer différents niveaux dans cette mise en lien entre partenaires. En effet, le réseau permet de :

- faciliter l'orientation et l'accompagnement des personnes,
- mutualiser des compétences et des moyens entre institutions et établissements afin d'améliorer les prestations,
- structurer des coopérations et de formaliser la collaboration.

L'orientation et l'accompagnement des personnes

L'accompagnement santé nécessite de bien connaître le réseau des partenaires pour pouvoir orienter au mieux les usagers. Cette orientation vers les professionnels compétents peut se traduire a minima par une recommandation, mais de préférence, par un accompagnement physique de l'utilisateur dans la structure partenaire vers laquelle on l'oriente.

Association Entraide ouvrière, Tours (37)

L'infirmier coordinateur de soins de l'association accompagne physiquement les usagers dans les lieux de consultation.

Il est également en lien avec les éducateurs de rue de la ville pour assurer une présence physique lorsqu'il se trouve indisponible.

La mutualisation des compétences et des moyens entre institutions et établissements afin d'améliorer les prestations

Les associations rencontrent souvent des difficultés similaires sur les territoires. Avec une connaissance réciproque et des rencontres régulières, elles peuvent **mutualiser leurs actions**. Ainsi, des réseaux de santé se sont montés pour renforcer les compétences des partenaires sur une thématique particulière comme l'alcoolologie, l'addictologie, les souffrances psychiques ou encore le Sida et mettre en commun des savoirs et des savoir-faire.

Le réseau souffrances psychiques et précarité angevin (RESPPA) regroupe des associations d'accueil, d'hébergement et d'insertion, le centre hospitalier, la Ddass, le conseil général, l'agglomération d'Angers et le CCAS, la Caf, la MSA, la CPAM, la Cram, la Mutualité d'Anjou Mayenne, la Protection judiciaire de la jeunesse et les services pénitentiaires d'insertion et de probation, l'association des psychiatres ligériens, le centre médico-psychologique, des médecins libéraux, le centre de santé mentale la mission locale, la Fnars, etc.

Le réseau s'est monté pour "**décloisonner et faciliter l'accès aux différents services de droit commun** offerts aux mêmes personnes et **réduire l'isolement des professionnels** de ces différents services". Le réseau a pour objectif de "répondre, sur l'échelon local, au mal-être et à la souffrance psychique, exprimés par les personnes dans les différents services de droit commun et de réduire la souffrance des professionnels confrontés à des problématiques qui dépassent leur champ de compétences que ce soit dans les champs de la santé, du social ou de l'insertion." (Charte du réseau souffrances psychiques et précarité angevin).

La mutualisation peut également se traduire par une collaboration entre deux ou trois associations qui se réunissent pour proposer des services particuliers en lien avec l'accompagnement santé.

Association des 3 fontaines et Association pour l'Insertion des Femmes en Haute-Savoie

"l'infirmière, salariée de l'association Saint François d'Assise assure des permanences journalières dans les services de deux autres associations (...)" (Fnars, Analyse des conditions de mise en œuvre des actions "d'accompagnement santé" conduites dans des structures d'insertion adhérentes à la Fnars, Paris, 2005).

La structuration des coopérations

Le travail en réseau implique de poser un cadre particulier pour bien définir et délimiter les champs de compétences et d'interventions de chaque partenaire. Pour inscrire la coopération entre associations et/ou institutions dans un cadre formel, il est recommandé de signer des conventions entre les partenaires, ce qui permet de dépasser le cadre des "bonnes volontés" en cas de changement d'interlocuteur et ainsi assurer la continuité des projets.

Il reste que pour faire vivre et animer ces coopérations, il faut se baser sur le travail entre correspondants de chaque structure. Une convention n'existe pas d'elle-même. Il est nécessaire d'avoir des acteurs référents pour la faire vivre.

Association Revivre à Bordeaux

Au CHRS Hommes : **Convention avec le Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA)** : intervention d'un médecin et d'un psychologue en alcoologie 3 heures par semaine.

Extrait de la convention

Article 1

Le CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie - département soins du CDPA) apporte sa collaboration à la poursuite d'interventions collectives sur le thème du "risque alcool" auprès de la population des résidents du foyer Alfred Giret et à des interventions de [Monsieur ...], psychologue.

Dans un second temps, et en fonction des demandes qui émergeraient, des consultations individuelles seraient effectuées par le médecin du CCAA".

Comment organiser les moyens internes ? _____

Une fois les orientations associatives et pédagogiques posées, l'association peut organiser ses moyens de différentes manières. Chaque association peut agir tant sur la posture professionnelle de ses équipes que sur les supports et les moyens d'intervention.

Une organisation innovante pour l'accompagnement santé

L'intégration des questions de santé dans les équipes passe avant tout par l'adoption d'une **posture professionnelle** et peut être appuyée et complétée par la présence d'un ou de plusieurs accompagnateurs santé, en fonction des moyens financiers.

Permettre aux usagers de devenir acteurs de leur santé par le biais d'une posture professionnelle basée sur la démarche participative

◆ Les pratiques professionnelles évoluent

L'accompagnement santé vise à permettre aux usagers concernés d'être acteurs de leur santé. Ceci suppose des pratiques professionnelles basées sur la **démarche participative**.

Les personnes accueillies dans les structures, souvent en grande détresse sociale, peuvent rencontrer des difficultés à élaborer un projet. Pour cela, le développement de la démarche participative au sein des structures sociales et médico-sociales est préconisé.

La démarche participative vise à ce que les personnes se saisissent de leur santé en participant à la mise en œuvre d'actions qui agissent sur leur bien-être. Ainsi, les objectifs recherchés ne sont plus imposés, mais **construits** avec l'ensemble des acteurs. Ceci suppose que les **pratiques professionnelles évoluent**, afin qu'elles intègrent cette notion de participation et d'équité entre le professionnel et l'utilisateur. La relation d'aidant à aidé ou d'assistant à assisté cristallise le rôle de chacun et rend difficile une prise en main effective du projet individuel par l'utilisateur. En revanche, considérer l'utilisateur comme un acteur à part entière permet d'adopter un positionnement qui favorise la place de la personne en tant qu'actrice de son projet et de sa santé.

A travers les effets mobilisateurs de la démarche participative, la posture professionnelle de l'accompagnement santé permet dans certains cas de **lutter contre l'usure professionnelle** en dynamisant les équipes.

Les objectifs visés à travers le développement de l'accompagnement santé sont de :

- **Permettre** aux personnes d'être actrices de leur santé, de leur projet.
- **Investir** les usagers dans une démarche de valorisation de leur santé.
- Permettre aux personnes de **construire** elles-mêmes des actions de promotion de la santé ou de prévention qui leurs sont destinées.

Faire évoluer les pratiques professionnelles vers un respect et une prise en compte des potentialités et énergies des personnes afin de leur permettre de les exprimer, de les reconnaître pour **déclencher l'envie de changement**. (Association régionale Fnars Pays de la Loire, La promotion de la Santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité, Angers, mai 2002).

◆ Favoriser les conditions d'émergence de la demande

La santé doit être une préoccupation transversale. **Elle ne peut pas être uniquement la préoccupation d'un référent santé qu'il soit de formation sociale ou sanitaire**. Les personnes en insertion n'iront que rarement rencontrer d'elles-mêmes ce référent santé.

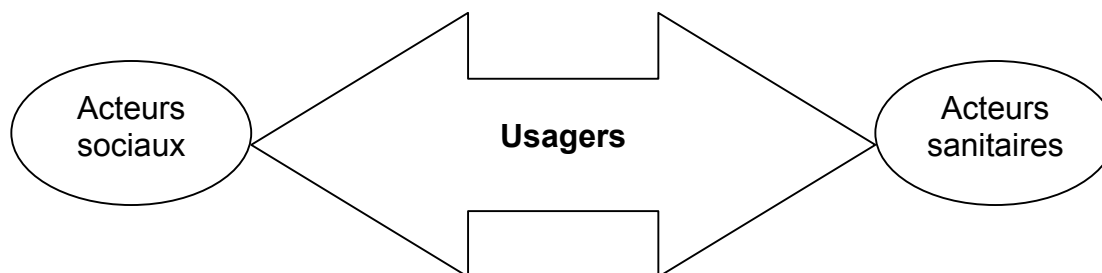
Nous préconisons une approche santé pour chaque salarié qu'il soit membre de l'équipe éducative ou des services généraux. Le désir des usagers d'améliorer leur état de santé se situe dans le vécu. Il peut être déclenché par des événements de la vie à travers des supports et des actions très variés au sein des établissements. Le rôle de l'accompagnement se joue dans l'adoption d'une posture qui tend à **favoriser les conditions d'émergence de la demande** par l'usager et à poser le cadre pour que la personne adopte une démarche d'acteur et non plus d'assisté.

Par exemple, un service social organise un séjour d'une semaine sur un bateau avec des personnes vivant dans la rue. Dans ce projet, la question des dépendances à l'alcool va être traitée par le groupe. Une règle est définie : pas d'alcool sur le bateau. Une personne très motivée par le projet mais sous dépendance à l'alcool a entrepris une démarche de sevrage auprès du centre d'alcoologie pour pouvoir participer au séjour.

C'est bien ici le projet et le contexte qui ont initié un changement auprès de la personne. Cet exemple illustre le fait que c'est l'usager qui est avant tout maître de sa santé et de son projet individuel. Le rôle de l'accompagnant est donc bien de **poser le cadre** qui va favoriser l'émergence de la demande.

Les trois acteurs directement concernés par la promotion de la santé – à savoir : les personnes en précarité, les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux – doivent, dans le cadre d'une relation triangulaire, **permettre l'émergence d'une envie, d'un besoin**.

Triptyque de l'accompagnement santé:



Pour mettre en œuvre l'accompagnement santé, il faut des outils, des supports qui soient des leviers, des occasions de déclencher une envie de prise en main de sa santé.

Ceci passe tout d'abord par la **réflexion des professionnels sanitaires et sociaux** sur cette démarche participative, à l'occasion de **formations, réunions d'équipes, journées...** C'est aussi le **développement de l'écoute**, la **restauration du lien social** et d'une **estime de soi...**

Nous venons de voir comment inscrire la question de la santé en filigrane de toute action. Il peut cependant être intéressant de créer un ou plusieurs postes spécialisés sur l'accompagnement santé pour venir étayer et apporter une plus-value à la démarche globale de la structure.

démultiplier le travail de l'équipe par la création d'un poste d'accompagnateur santé

L'accompagnement santé est avant tout une posture professionnelle et peut également se traduire de manière opérationnelle par la définition d'un poste d'accompagnateur santé associé à une équipe. Sont alors concernés des professionnels qui s'engagent dans un **accompagnement individualisé** ou qui développent des **projets d'animations collectives**.

L'accompagnateur santé appartient à une équipe, il est le moteur de la thématique santé, de sa prise en compte dans l'accompagnement social et dans les actions mises en œuvre dans l'établissement. Il vient **renforcer la posture professionnelle** que tient l'équipe en matière de santé.

L'existence d'un métier suppose un préalable : la posture professionnelle doit être adoptée par l'ensemble de l'équipe pour un **portage cohérent des questions de santé** dans la structure, aussi bien que pour trouver une articulation pertinente entre l'accompagnateur santé et ses collègues.

◆ Définition du métier d'accompagnateur santé

La définition du métier peut permettre l'élaboration des indicateurs suivants : fiche métier de l'accompagnateur santé avec sa définition, lieu d'exercice, activités principales, finalités et champs d'action ou domaines d'intervention.

On peut ainsi proposer une fiche métier comme piste de réflexion adaptable aux structures :

Fiche métier : Accompagnateur santé

Profil

Ce sera la plupart du temps un travailleur social (ES - AS) ou quelqu'un venant du monde médical (infirmier(e))

Autres appellations

Médiateur santé, référent santé, agent de santé.

Lieu d'exercice

L'accompagnateur santé exerce dans les structures proposant des prestations de premier accueil (équipes mobiles, accueils de jour, hébergement d'urgence) ou/et des prestations d'insertion (hébergement d'insertion, accompagnement vers le logement, insertion par le travail et l'économique, prestation d'accès à la vie sociale, à la culture et à la citoyenneté, prestations d'accès à l'alimentation, à la nutrition, actions de prévention et d'accès à la santé).

Mission :

L'accompagnateur santé est chargé de faciliter l'accès aux droits, aux soins et au bien être des personnes en situation de précarité par une approche humaine et de proximité, favorisant l'écoute et la reprise de liens sociaux. Il sera l'interface entre la personne et l'offre de soins.

Fonctions

L'accompagnateur santé, grâce aux réseaux et partenariats, développe des actions de prévention prenant en compte l'importance et l'impact des déterminants de santé.

Par conséquent, il cumule un certain nombre d'activités :

- l'accompagnement physique,
- l'organisation et le suivi d'ateliers de bien être,
- la création d'outils (de collecte de données, d'évaluation, d'animation, de formations),
- le développement de partenariats durables.

L'accompagnement santé est une pratique encore récente dans les structures d'insertion même s'il existe déjà un certain nombre d'actions. Il n'y a pas encore d'appellation propre, ni de formations spécifiques, inexistence révélant ainsi la diversité et la complexité de la tâche qui leur incombe.

Le rôle de l'accompagnateur santé est d'abord celui d'un accompagnant. Comme tel, il se décline en deux activités :

- **L'accompagnement physique** des personnes vers les structures de droit commun (accompagnement aux rendez-vous, soutien moral, préparation aux examens, actes médicaux, cures, explication des résultats, des entretiens médicaux, suivi post-hospitalisation, post-cure...)

- **La coordination des soins** en articulant l'accompagnement : faire le lien entre ville, hôpital et structures afin d'assurer le suivi des personnes et le continuum des soins. Cela suppose l'organisation de réseaux socio-médicaux reconnus capables de trouver la bonne réponse au bon moment. Le succès de l'accompagnement santé repose sur la mixité des compétences. Chacun dispose d'une certaine vigilance, un certain regard, une écoute spécifique relative à son expérience professionnelle et c'est cette particularité qui permettra de questionner, d'écouter et de comprendre les besoins des personnes et ainsi de mieux répondre à leurs attentes.

La compréhension ne peut se faire sans adopter certains comportements et attitudes :

- l'écoute qualifiée,
- l'observation sociale,
- le respect de la personne, de son identité, de son anonymat,
- la reconnaissance et la valorisation des compétences de ces personnes,
- l'adoption d'une démarche participative,
- "aller au devant" des personnes.

Moyens et supports d'intervention de l'accompagnement santé

Les professionnels peuvent utiliser des moyens d'intervention basés sur l'accompagnement individuel et/ou collectif tout en ayant recours au partage d'informations pour une meilleure prise en compte des problématiques des usagers. L'accompagnement santé intègre deux dimensions sous forme d'actions collectives et d'actions individuelles.

L'accompagnement individuel

◆ L'émergence de la demande : le diagnostic individuel

Pour faire émerger une demande, il faut un cadre particulier : des lieux qui mettent en confiance la personne et où elle peut se sentir à l'aise.

Une clé d'entrée

Il est nécessaire que les usagers entrent dans une démarche de santé. Dans ce but, il faut faire attention à ne pas utiliser une approche frontale, mais tenter de trouver des biais. Une personne peut tout à fait ne pas considérer le problème qui semble majeur aux professionnels comme un problème de santé et/ou être dans le déni de sa maladie. Il est donc nécessaire d'être à l'écoute et pouvoir entendre les troubles qu'il considère comme prioritaires et s'appuyer sur ceux-ci pour travailler sur son trouble de santé majeur.

Ainsi, un homme à la rue et fortement alcoolisé se présente en faisant part de douleurs aux pieds, mais n'abordant pas du tout ses problèmes d'addiction. Traiter le trouble exposé par cet homme peut être une clé d'entrée vers une démarche de soin et de santé de manière plus globale. Il faut donc penser la santé et les soins **avec** la personne en fonction de ses priorités.

Conditions d'accueil

L'accueil est primordial dans la prise en compte de la santé. Il est souhaitable de se saisir de ce premier contact et des entretiens d'accueil pour appréhender la santé avec les usagers.

Certaines questions seront traitées au cours du séjour. Il n'est pas nécessaire de réaliser un entretien exclusif sur la santé. Au contraire, les questions de santé sont à aborder naturellement durant l'accompagnement de la personne et en continu.

Exemple de questions qui peuvent être posées durant l'accompagnement des personnes :

- Etes-vous suivi par un médecin ?
- Comment vous nourrissez-vous ?
- Comment vous hydratez-vous ?
- Dormez-vous bien ?
- Avez-vous soif ?
- Avez-vous des insomnies ?
- Suivez-vous un traitement médical ?
- Comment vont vos enfants ? Les voyez-vous souvent ? Quelles relations avez-vous avec eux ?
- Depuis combien de temps n'êtes-vous pas allé chez le dentiste ?
- Avez-vous mal quelque part ?

On se situe dans une approche douce de la santé mais il ne faut pas éluder ces questions. Cela signifie que la thématique santé entre dans le cadre d'une relation de confiance entre les professionnels et les personnes. La santé va donc pouvoir être abordée dans les situations de mise en confiance au cours de l'accompagnement.

Cette phase se distingue de la prise de contact lors de laquelle le dossier est créé. La santé relevant de l'intime, il est donc préférable de la positionner dans des temps qui soient moins administratifs que les entretiens d'accueil ou d'évaluation par exemple.

La santé au cours de l'accompagnement social

Les personnes accueillies par les associations entrent dans le cadre d'accompagnements spécifiques. La santé doit pouvoir être transversale à ces étapes. L'intégration des questions de santé dans les divers champs de l'insertion, tels que le logement, l'emploi, la culture..., nécessite la maîtrise de ces domaines d'intervention ainsi que leurs modalités d'interaction.

La connaissance de l'articulation de ces axes permet aux professionnels de construire des outils favorisant la prise en compte de la santé dans l'accompagnement global des personnes.

L'association Logement et familles en difficulté de Rennes (35) a ainsi réalisé un "questionnaire forme" comme outil de prise en compte de la santé dans l'accompagnement social lié au logement.

Profil de Duke pour mesurer l'état de santé ressenti :

Le Profil de Duke est une technique qui permet d'évaluer objectivement la santé perçue par le sujet indépendamment de son statut. Cet outil est utilisé par le Baromètre de santé. Il peut être un instrument intéressant pour évaluer la santé perçue des personnes accueillies dans les structures.

Il repose sur un questionnaire de 17 questions qui prend en compte les dimensions physique, sociale et mentale de la santé. Il peut également être utilisé lors des entretiens individuels pour évaluer l'état de santé ressenti des personnes.

Tableau : Profil de santé de Duke	
Items	Dimensions
1. Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, dépression
3. Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4. Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5. J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6. Je suis content de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété
8. Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12. Vous avez l'impression d'être vite fatigué-e-	Physique, anxiété, dépression
13. Vous avez été triste ou déprimé-e-	Mentale, dépression
14. Vous avez été tendu ou nerveux	Mentale, anxiété
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites	Sociale
16. Vous avez eu des activités de groupes ou de loisirs	Sociale
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

Suivant ce qui est dit, l'accompagnateur peut orienter et accompagner l'utilisateur vers des partenaires ou les recommander.

Les examens médicaux

Il est recommandé de ne pas hésiter à s'assurer du suivi des examens médicaux : gynécologie, mammographie, coloscopie en fonction des âges. Certains usagers rencontrent des difficultés à aborder ces questions tout comme certains professionnels. Il est important de dépasser ces freins en considérant que les problématiques de santé sont communes à chaque être humain, indépendamment de la situation sociale.

Zoom

Où se faire soigner pour les personnes n'ayant droit ni à la CMU, ni à l'AME ?

- Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) : permanences au sein des hôpitaux ayant pour objectif de proposer aux personnes en situation de vulnérabilité des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, et de soins.
- Les centres de soins gratuits tels que ceux proposés par Médecins du monde.

◆ Faire valoir les droits des usagers

L'accompagnement santé consiste en partie à vérifier l'existence d'une couverture sociale, à assurer l'ouverture des droits s'ils sont inexistantes, à faire attention au délai de renouvellement pour la CMU complémentaire ... :

- La **CMU** (couverture maladie universelle) : ouverte à toute personne résidant de façon stable sans interruption depuis plus de 3 mois en France. Pour obtenir la CMU, il faut remplir la demande d'affiliation, complétée d'une déclaration de ressources annuelles, toutes deux établies sur un seul formulaire. Ce formulaire est disponible sur internet (www.cmu.fr). Il faut y joindre des pièces justificatives (pièce d'identité pour les membres de l'espace économique européen, carte vitale et attestation pour les personnes qui sont ou ont été affiliées, justificatif de la régularité de séjour pour les personnes d'une autre nationalité, livret de famille, attestation de concubinage ou attestation de PACS pour les personnes à charge, et enfin, un justificatif attestant la résidence depuis plus de 3 mois sur le territoire). Les personnes domiciliées auprès d'un CCAS ou d'une association doivent effectuer leur demande auprès de la CPAM dont dépend la structure. L'affiliation est effective au dépôt de la demande.

- L'**AME** (Aide médicale d'état) : a pour but de permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidants sur le territoire depuis plus de 3 mois, en situation irrégulière. Le dossier doit être accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité avec photo pour les personnes majeures, de tout justificatif d'identité pour les personnes mineures ; de justificatif de résidence ; de justificatifs de ressources (www.ameli.fr/212/DOC/704/fiche.html?page=2).

Zoom

La carte vitale

Qu'est-ce que c'est ?

C'est la carte d'assuré social. Elle atteste de l'affiliation de la personne et de ses droits à l'assurance maladie. Elle ne contient pas d'informations d'ordre médical mais des renseignements administratifs pour le remboursement des soins. Elle est attribuée à toute personne âgée de plus de 16 ans et peut être présentée à tout professionnel équipé pour la lire. Si l'assuré ne l'a pas reçue, il faut contacter sa Caisse d'assurance maladie.

Quand la mettre à jour ?

- Modification de l'état civil ou familial : Il faut signaler le changement à la caisse d'assurance maladie avec les justificatifs pour ensuite mettre la carte à jour afin d'obtenir une exonération du ticket modérateur
- Maternité : après avoir déclaré la grossesse à la Caisse d'assurance maladie
- Couverture maladie universelle complémentaire : Après avoir reçu la notification ou le renouvellement des droits à la CMU complémentaire

Zoom

Le Fonds CMU

Il a pour mission de financer la CMU complémentaire et le dispositif d'aide complémentaire santé, et de suivre et analyser le fonctionnement de ces dispositifs. Le conseil d'administration composé d'institutionnel est assisté par le **conseil de surveillance** composé de parlementaires, d'associations dont la Fnars, et des régimes d'assurance maladie.

La mission d'analyse consiste à identifier les difficultés d'application de la loi et de proposer les solutions à mettre en œuvre. Il s'agit aussi de diffuser de la documentation relative à la CMU et des informations nécessaires au bon fonctionnement des dispositifs.

◆ Développer l'écoute pour travailler sur les représentations de la santé

Un travail d'écoute permet de travailler sur le mal-être mais aussi sur la **représentation de sa santé par l'utilisateur**. "Ce travail est souvent indispensable pour que les personnes se reconstruisent, à minima, et envisagent des démarches de soins" (Fnars Pays de la Loire, La promotion de la santé : une observation sociale auprès des personnes en précarité, mai 2002).

Comme l'a montré l'observation sociale menée auprès des personnes en situation de précarité en Pays de la Loire en 2002, l'écoute doit :

- Prendre en compte la **globalité** de l'utilisateur.
- **S'inscrire dans l'environnement** des personnes. Il s'agit de se situer dans les endroits que fréquentent les usagers pour aller vers les personnes. Cela favorise également le processus de démythification du psychologue et facilite le recours aux soins.

- Etre menée par des **professionnels expérimentés** dans la connaissance des personnes en difficulté.
- S'inscrire comme une action à durée limitée avec un objectif de **passage de relais** vers les acteurs locaux spécialisés quand cela est possible.

◆ Restaurer les liens sociaux

Les personnes accueillies dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion sont en rupture de liens sociaux comme l'ont montré diverses enquêtes dont celle de l'Observatoire Social du Changement en 2002 (Serge Paugam, Mireille Cléménçon, *Détresse et ruptures sociales*, enquête OSC/ Fnars, Recueils et documents, n°17, avril 2002).

L'accompagnement santé qui touche au bien-être aussi bien physique, mental que social peut se positionner sur la recherche de la restauration des liens sociaux à travers deux niveaux. D'une part, on trouve le réseau des proches, de la famille et des amis. D'autre part, on trouve les "personnes ressources" qui sont désignées par les usagers eux-mêmes, avec qui ils ont noué des liens de confiance et qu'ils considèrent comme pouvant les aider à améliorer leur santé.

Association des cités du Secours Catholique, Cité de la Gaurèche (49)

L'équipe travaille en lien avec les familles. Ils font la proposition de rencontrer les familles et de travailler à partir d'une approche systémique sur l'environnement familial. Un travail de réappropriation de la vie familiale est mené.

L'accompagnement individuel conjugué à l'accompagnement collectif est un aspect central de l'accompagnement santé.

L'accompagnement collectif

L'accompagnement collectif est un support qui permet d'apporter une réponse complémentaire à l'accompagnement individuel grâce notamment à la dynamique de groupe et aux supports utilisés. C'est de l'approche individualisée que découlent les actions collectives.

Plusieurs supports d'actions à destination des personnes accueillies sont présentés ci-après. Sans être exclusives, les actions présentées semblent correspondre aux besoins des personnes en difficulté en facilitant leur investissement dans la démarche d'accompagnement santé.

◆ La participation comme support du collectif

Le travail sur la santé en collectif doit être élaboré de **manière participative**. Cela signifie que les usagers sont associés aux différentes actions mises en place et peuvent être à leur origine. La parole est donnée aux usagers et peut être le support d'accompagnement spécifique, d'actions de prévention ou d'éducation. Ainsi, si une structure possède un service de restauration, il est par exemple possible de proposer une construction des menus par les usagers et ainsi de faire porter la question de l'alimentation et de la nutrition par le groupe.

Par le biais d'espaces de parole, l'accompagnement collectif tend à favoriser l'émergence de projets à partir de **l'expression des personnes**.

Association des cités du Secours Catholique, CHRS Cité Saint Martin (75)

Des tables ouvertes sont proposées. Elles sont animées par le médecin et l'infirmière sur un thème choisi par les résidents, facilitant l'échange d'informations.

◆ L'équipe éducative membre du collectif

Le positionnement de l'équipe vis-à-vis des actions menées est important. Tout comme la participation des usagers, **l'implication des professionnels** est nécessaire. L'accompagnement santé repose sur le principe de réciprocité entre accompagnant et accompagné. En effet, le professionnel n'est pas extérieur à la situation, il est aussi acteur. L'engagement relève donc du partage, de l'alliance entre les interlocuteurs et permet de donner du sens et de la cohérence à la démarche d'accompagnement santé.

Jardin de Cocagne Angevin (49)

Une action de sevrage du tabac a été proposée dans la structure. Un groupe composé de jardiniers et de membres de l'équipe s'est constitué. Le principal intérêt de cette action réside dans le fait que le groupe mixte ôtait toute différenciation face à la dépendance. Cela a permis d'aborder les difficultés rencontrées face à la santé en général, l'alcool ou l'isolement.

◆ Le montage et l'animation d'ateliers ou d'actions collectives

Le montage d'ateliers ou d'**espaces de parole** permet aux personnes d'échanger sur la santé. De même, les **activités sportives et culturelles** peuvent servir de support à l'accompagnement santé à travers le rapport au corps et le bien-être mais également à travers les actions d'information et de prévention.

Ainsi, partant du constat que les personnes accueillies ont souvent une mauvaise estime d'elles-mêmes, certains établissements ateliers visant à améliorer cette estime de soi à partir de différents supports : esthétique, expression corporelle, écriture, etc. Ces ateliers permettent de travailler sur le rapport au corps et sur l'expression personnelle dans l'objectif d'améliorer l'image que les usagers ont d'eux-même.

Le montage de ces ateliers peut se faire de manière participative pour associer pleinement les personnes accompagnées dans une démarche dynamique de prise en compte de leur santé. La participation permet d'axer les projets d'ateliers autour des demandes exprimées des usagers et d'apporter des réponses adaptées à leurs besoins.

Association des amis de Jean Bosco à Louvigny (14)

Après une séance de photolangage et de collecte des réflexions sur le bien-être, une rencontre d'expression sur ce que représente le bien-être, des propositions d'actions ont été émises par le groupe des usagers. Les thèmes du look et de l'attention à soi-même sont ressortis.

La socio-esthéticienne est alors intervenue auprès du directeur adjoint puis du groupe porteur en interne pour élaborer l'action. De ce travail ont découlé des cycles de 5 séances espacées de trois semaines pour : le soin des mains, le soin du visage, le maquillage, le look et enfin la coiffure.

Enfin, la coordination d'un réseau ou de plusieurs réseaux s'appuie sur la connaissance par les professionnels du/des réseaux, et sur leur capacité de le/les mobiliser et de les animer autour d'objectifs ou de montages de projets.

L'association Francisco Ferrer à Nantes

(44) assure une coordination sanitaire par un temps infirmier pour favoriser le travail en réseau et développer la coordination entre les différents acteurs, en partenariat avec Médecins du monde

Le partage d'informations

Nous ne parlons pas de secret partagé mais plus de partage d'informations. Les travailleurs sociaux doivent connaître les problématiques d'une personne pour pouvoir travailler.

Le partage d'informations est utile dans la co-construction du projet d'insertion. Les échanges d'informations entre professionnels accompagnant une même personne sont nécessaires afin de mieux aider l'utilisateur. On se situe dans des responsabilités partagées incluant un dialogue nécessaire avec l'utilisateur.

La communication d'informations obéit toutefois à un certain nombre de règles qui doivent être définies dans chaque établissement afin d'en comprendre les incidences au niveau de la responsabilité de chaque professionnel.

Il convient de ne transmettre que les éléments strictement nécessaires, d'associer l'utilisateur dans cette transmission et de s'assurer que les personnes à qui cette transmission est faite sont soumises au secret professionnel et ont vraiment besoin, dans l'intérêt de l'utilisateur, de ces informations.

Le professionnel doit être à même de respecter la confidentialité des informations qui lui sont confiées par l'utilisateur mais également être à même d'évaluer les cas dans lesquels il doit impérativement communiquer les informations qui lui sont transmises afin de mieux saisir son cadre de responsabilité (personnelle et administrative), toujours avec l'accord obligatoire de la personne.

Il est important de questionner ce concept de partage d'informations au sein des structures, entre travailleurs sociaux mais également entre soignants pour faciliter la prise en charge de l'utilisateur et éviter une perte de temps néfaste pour l'amélioration de l'état de santé des personnes.

Quelques financeurs possibles pour l'accompagnement santé	
La Ddass avec la dotation globale de fonctionnement	<p>Elle ne concerne que les structures qui bénéficient d'un agrément aide sociale comme les CHRS par exemple.</p> <p>L'idée est de faire intégrer et reconnaître par la Ddass la nécessité du travail d'accompagnement santé dans l'établissement.</p> <p>L'avantage est qu'il s'agit d'un financement pérenne.</p>
Les Groupements régionaux de santé publique	<p>Les politiques régionales de santé pilotées par les Groupements régionaux de santé publique à travers les Plans régionaux de santé publique qui comprennent les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins peuvent financer des actions notamment sous la forme d'appels à projets diffusés par le GRSP.</p>
Les contrats urbains de cohésion sociale	<p>Certains contrats de ville, à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité, présentent un volet santé et peuvent répondre à des demandes provenant d'associations pour promouvoir la santé dans les structures.</p>
L'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ON-DAM)	<p>L'assurance maladie peut également financer des projets tels que les lits halte soins santé pour la convalescence des sans abris.</p>
Le conseil régional	<p>Pouvant orienter les politiques de santé sur son territoire, le conseil régional peut financer des projets qui cadrent avec sa ligne stratégique. Mais cela varie d'une région à l'autre.</p>
Le conseil général	<p>Les conseils généraux peuvent financer des postes ou des actions relevant de leur compétence en action sociale en lien avec la santé.</p>
L'Agence régionale de l'hospitalisation	<p>L'Agence régionale de l'hospitalisation peut attribuer des financements par exemple dans le cadre des équipes mobiles médicalisées.</p>
L'Union européenne	<p>Le Fonds social européen peut permettre de financer la mise en œuvre de projets de santé en lien avec l'emploi.</p>
Les fondations	<p>Plusieurs fondations telles que la Fondation de France proposent régulièrement des appels à projets avec un volet santé.</p>
Les mutuelles	<p>Certains organismes de mutuelle comme la Mutualité française financent la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. L'accompagnement santé peut donc être éligible à ces sources de financements.</p>

Comment évaluer le processus de l'accompagnement santé ?

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements relevant de l'aide sociale de procéder à leur auto-évaluation. Au-delà d'une obligation légale, l'évaluation est un outil pour mettre en œuvre une démarche qualité dans les structures. Il est donc recommandé de réfléchir à l'évaluation de l'accompagnement santé et à ses critères dans une optique d'amélioration continue de la qualité des services proposés aux usagers.

Qu'est-ce qu'on évalue ?

La principale caractéristique de l'accompagnement santé concerne la posture professionnelle. L'évaluation doit donc porter sur la démarche du ou des professionnels dans l'établissement et non sur les résultats du processus. Il s'agit de vérifier si les conditions de mise en œuvre de l'accompagnement santé sont présentes au sein de la structure.

Evaluer l'accompagnement santé : proposition de quelques indicateurs

des critères pour la structure

- La santé apparaît-elle dans le projet associatif ?
- Est-elle déclinée ou existe-t-elle dans le projet d'établissement ?
- Les professionnels sont-ils sensibilisés à la santé ? Ont-ils participé à des formations en lien avec la santé ?
- Les professionnels ont-ils du temps et les moyens de se mobiliser autour de la santé et de se déplacer pour accompagner physiquement les usagers ?
- Y a-t-il une distinction entre les soins et la santé ?
- Quelle place occupe la santé dans les moments de synthèse ?
- Comment l'équipe se compose-t-elle ?
- Y a-t-il un référent santé désigné par l'établissement ?
- Les réunions d'équipes permettent-elles un repérage des problématiques de santé ou de leur évolution chez les usagers ?
- Etc.

des critères pour l'accompagnement de l'utilisateur

- Existe-t-il une grille d'entretien spécifique sur la santé à utiliser lors des entretiens individuels ?
- Des actions collectives en direction des usagers ont-elles été mises en place ?
- La santé est-elle intégrée dans les projets individuels d'accompagnement ?
- La personne est-elle associée aux réunions la concernant ? Est-elle concertée ?
- Quelle est la fréquence des entretiens individuels abordant les questions de santé ?
- Comment la démarche participative des usagers favorise-t-elle la prise en compte de la santé ?
- Au près de quelle structure ou de quelle personne l'accompagnateur rend-il compte de son mandat ?
- Etc.

des critères pour le partenariat extérieur

- Quels sont les partenaires sanitaires et/ou réseaux médico-sociaux ?
- Quel est le nombre de rencontres avec les partenaires médico-sociaux ?
- Existe-t-il une fiche de liaison avec les partenaires extérieurs ?
- Etc.

des critères pour évaluer l'impact sur les usagers

L'évaluation de la démarche d'accompagnement santé sur les usagers doit se faire en interrogeant les personnes elles-mêmes. Les questions porteront sur les axes qui ont été privilégiés durant l'accompagnement. Par exemple :

- Y a-t-il eu un suivi spécifique ou des examens gynécologique, cardiovasculaire, etc. ?
- Y a-t-il un suivi des conduites addictives ?
- Au cours de l'accompagnement, la personne est-elle aisée à aborder les questions de santé ?
- L'utilisateur a-t-il bénéficié de soins dentaires ?
- L'utilisateur est-il au courant de ses droits et bénéficie-t-il d'une couverture sociale ?
- Etc.

Conclusion

Dans les parcours chaotiques que suivent les personnes que nous accueillons, précarité sociale et problèmes de santé sont souvent intimement liés, et cela dès l'enfance. Une santé fragile peut entraver l'insertion sociale et professionnelle d'une personne. Inversement, des conditions de vie précaires peuvent provoquer des troubles physiques et mentaux et l'empêcher de s'impliquer dans des actions de prévention.

L'accompagnement social qui est proposé dans les associations se focalise trop souvent sur les problèmes médicaux en investissant insuffisamment la santé au sens large.

La santé est un préalable à l'insertion tout comme elle en est une conséquence. Les professionnels sont donc encouragés à faire évoluer leurs pratiques : adopter une posture professionnelle basée sur l'accompagnement santé.

Les dispositifs ne suffisent pas à améliorer l'état de santé des personnes. Ils facilitent l'accès aux droits et aux soins mais nécessitent d'aller au-delà, de mettre en place un accompagnement et des actions répondant aux besoins des personnes en situation d'exclusion.

Pour la Fnars, l'accompagnement santé est un levier majeur pour l'insertion. Il intègre les questions de santé dans l'accompagnement social et dans l'insertion. C'est une posture professionnelle qui permet, en co-construction avec l'usager, de faire émerger ses besoins de santé et d'améliorer cette dernière. Ces questions sont intégrées de façon centrale dans l'organisation de la structure et dans le cadre d'un partenariat sanitaire et social.

L'accompagnement santé repose donc sur une organisation en interne spécifique alliant une posture professionnelle particulière fondée sur la démarche participative et une structuration des actions d'accompagnement individuel et collectif adaptée. Cette configuration interne à l'association doit être liée à une articulation territoriale pertinente avec les partenaires sociaux et médico-sociaux. Il est important que les équipes ne restent pas figées dans les dispositifs mais qu'elles construisent elles-mêmes les réponses à apporter dans le cadre de l'accompagnement santé.

La démarche d'accompagnement santé qu'encourage la Fnars se situe dans une phase d'expérimentation. Cette approche particulière devra être revisitée et adaptée régulièrement au contexte social. Elle se situe dans un cadre mouvant, en construction. Elle privilégie dans toutes les actions d'accompagnement un très grand respect de la personne.

C'est à travers cette expérimentation que les associations trouveront des réponses à leurs interrogations sur le fait de créer un nouveau métier d'accompagnateur santé à partir de professionnels de compétence sociale ou bien médicale ; ou mieux encore de former l'ensemble des équipes sur une approche santé.

Annexes

Annexe 1 : Bibliographie

Annexe 2 : Comment la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 intègre-t-elle les questions de santé ?

Annexe 3 : Quels changements la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle apporte-t-elle ?

Annexe 4 : Comment les actions de santé menées auprès des usagers entrent-elles dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (Lof) du 1^{er} août 2001 ?

Annexe 5 : Quels changements la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 a-t-elle engendrés dans les structures ?

Annexe 6 : Quels changements la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système a-t-elle introduits dans les relations entre les usagers et le système de santé ?

Annexe 7 : Quelles sont les grandes orientations de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 ?

Annexe 8 : La Couverture maladie universelle

Annexe 9 : L'Aide médicale d'Etat

Annexe 10 : L'aide pour une complémentaire santé

Annexe 11 : La réforme de l'assurance maladie

Annexe 12 : Annuaire

Annexe 13 : Glossaire

Annexe 14 : Fnars : un réseau national

Annexe 1

Bibliographie

Boutinet J.P. ; Anthropologie du projet, 1990, PUF, coll. Psychologie d'aujourd'hui, 2^{ème} édition 1992

Castel R., L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?, 2003, Seuil, coll. La république des idées

Chauvin P., Parizot I., Lebas J., "Etat de santé, recours aux soins et mode de fréquentation des personnes en situation précaire consultant des centres de soins gratuits", in Joubert M., Chauvin P., Facy F, Ringa V., Précarisation, risque et santé, Inserm

Ducalet P., Laforcade M., Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, 2000, Editions Seli Arslan

Declerck P., Les naufragés, 2001, Plon, coll Terre humaine

Etude Abena 2004-2005, in *Prévalence*, n°15, avril 2006

Enquête menée en 2005 sur la région Bretagne par la Commission Santé Fnars sur 311 questionnaires fait sur 3 départements

Moulin J-J., Dauphinot V., Dupré C., Sass C., Labbe E., Gerbaud L., Gueguen R., Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002, in *BEH* n°43/2005, 31 octobre 2005

Organisation mondiale de la santé Europe, Rapport sur la santé en Europe 2002

Organisation mondiale de la santé, Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle, 4^{ème} Conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta 21 - 25 juillet 1997

Paugam S., Cléménçon M., Détresse et ruptures sociales, résultats de l'enquête OSC-Fnars, *Recueils & documents* n°17, avril 2002

Rochere (de la) B., La santé des sans-domicile usagers des services d'aide, in *Insee Première* n°893, avril 2003

Société Française de santé publique, Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, in, *Santé publique*, n°4/2004, décembre 2004

Veret J-L. (sous la dir.), Glossaire de l'Education et la promotion de la santé, contribution à l'élaboration d'un langage commun, 2002, Les publications du Cores

Articles

Travailler avec les sans-abri en convalescence post-hospitalière, in *ASH magazine* n°13, janvier-février 2006, pp28-30

Liens web

www.ameli.fr

www.caf.fr

www.cohesionsociale.gouv.fr

www.commission-droits-homme.fr

www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French

www.inpes.sante.fr

www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum63.pdf

www.villes-sante.com

Annexe 2

Comment la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 intègre-t-elle les questions de santé ?

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 parue au *Journal officiel* le 31 juillet 1998 énonce dans le premier article que "La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation."

Ce texte garanti l'accès aux soins pour tous et amène l'idée de la création d'une couverture maladie universelle pour les personnes les plus démunies. Cette mesure sera concrétisée un an plus tard.

La loi oriente la lutte contre les exclusions comme un impératif national et une priorité des politiques publiques françaises à travers:

- l'accès effectif de tous aux droits dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection et l'accès à la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance,
- la prévention des exclusions,
- la recherche de réponses efficaces aux situations d'urgence.

Article 67

L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies.

Le texte parle de "difficultés spécifiques" et non de pathologies spécifiques. Il n'est donc pas seulement question de maladie(s) mais bien de la santé au sens large, telle que nous l'entendons.

Article 71

Il est établi, dans chaque région [...], un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat dans la région [...].

Ce programme est établi à partir d'une analyse préalable, dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies.

Il comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes.

C'est la loi de 1998 qui instaure les Praps (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) dans les régions et dégage ainsi des moyens pour lutter contre les inégalités de santé et l'accès à la santé des personnes en situation d'exclusion. Le texte prévoit que les associations, avec les autres organismes et institutions qui œuvrent pour la santé, concourent à la mise en œuvre des actions du programme.

Article 71

[...]Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Il s'agit ici de la création des Pass (Permanences d'accès aux soins de santé), la plupart du temps rattachées à des structures hospitalières.

Annexe 3

Quels changements la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle apporte-t-elle ?

La CMU est une réforme majeure pour assurer un réel accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

A partir du 1^{er} janvier 2000, date de sa mise en vigueur, la loi sur la Couverture maladie universelle permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture maladie complémentaire.

Article 1er

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

Article 32

[...]

"Aide médicale de l'Etat" Art. 187-1. - Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat.

Cf. : fiches CMU et CMUc et fiche AME

Annexe 4

Comment les actions de santé menées auprès des usagers entrent-elles dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances (Lolf) du 1^{er} août 2001 ?

L'objectif de la Lolf est de redéfinir les politiques publiques en missions. Chaque mission comporte plusieurs programmes qui traduisent de manière opérationnelle ces politiques. Ainsi, la mission santé comporte plusieurs programmes dont les principaux sont : santé publique et prévention, offre de soins.

Un programme est composé d'actions ou de groupes d'actions qui répondent à des objectifs précis entrant dans des finalités d'intérêt général. Chaque programme est défini au niveau ministériel et placé sous la responsabilité d'un directeur.

La Lolf, dans son programme de santé publique et de prévention, répertorie les actions en 4 groupes, sous la responsabilité du directeur de la DGS :

Action n°1 : Pilotage de la politique de santé publique ;

Action n°2 : Déterminants de santé ;

Action n°3 : Pathologies à forte mortalité/morbidité ;

Action n°4 : Qualité de vie et handicaps.

Les actions d'accompagnement santé pourraient être répertoriées dans ces groupes mais, l'ensemble des actions menées dans les structures adhérentes à la Fnars sont **transversales** et prennent en compte la santé dans sa globalité afin de répondre aux besoins d'un public très diversifié.

Nous pouvons néanmoins inscrire ces actions dans "Pilotage de la politique de santé publique", dans les sous-actions intitulées "**Autres actions dont santé précarité**".

Actions et sous actions

Action n° 1 - Pilotage de la politique de santé publique

Mise en application de la loi relative à la politique de santé publique et de la loi relative à la bioéthique

1.2 Structures associées au pilotage de la politique de santé publique

1.3 Processus prescrits par la LPSP

1.4 Politique des produits de santé

1.5 Autres actions dont santé précarité

Action n° 2 - Déterminants de santé

2.1 Alcool

2.2 Tabac

2.3 Traumatisme par accident et violence

2.4 Autres pratiques à risques

2.5 Nutrition/ activités physiques

2.6 Environnement dont travail

Action n° 3 - Pathologies à forte mortalité/morbidité

3.1 Maladies transmissibles

3.1.1 VIH / Sida

3.2 Maladies non transmissibles

3.2.1 Cancer

3.2.2 Maladies cardiovasculaires

3.2.3 Maladies rares

3.2.4 Affections des voies respiratoires

3.2.5 Autres pathologies

3.3 Santé mentale et suicide

3.4 Santé bucco dentaire

Action n° 4 - qualité de vie et handicaps

4.1 Maladies de l'enfance /périnatalité

4.1.1 Santé périnatale et problèmes liés à la reproduction et au développement

4.1.2 Qualité de vie et handicap

4.1.3 Troubles du langage

4.2 Maladies de l'âge adulte

4.2.1 Maladies chroniques

4.2.2 Diabète et maladies endocriniennes

4.2.3 Maladies rénales et maladies du sang

4.2.4 Maladies musculo-squelettiques

4.3 Maladies liées au vieillissement

4.3.1 Douleurs et soins palliatifs

4.3.2 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Annexe 5

Quels changements la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 a-t-elle engendrés dans les structures ?

La loi du 2 janvier 2002 vient rénover l'action sociale. Elle s'articule autour de principaux axes que sont le droit des usagers, le développement des missions de l'action sociale et médico-sociale, l'instauration de la démarche qualité dans l'action sociale avec une amélioration des services et des procédures techniques du pilotage du dispositif et la mise en œuvre de démarches d'évaluation.

La loi impose en effet, une évaluation interne tous les 5 ans. Il est important de positionner la santé dans les indicateurs actuellement en cours d'élaboration par les associations elles-mêmes ou bien à terme, par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS).

Pour la mise en œuvre effective du droit des usagers, la loi prévoit des outils particuliers :

- Le livret d'accueil favorise la lisibilité de la structure d'accueil.
- La charte des droits et libertés vise à garantir le respect des droits des usagers.
- Le règlement de fonctionnement définit les droits de la personne ainsi que "les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service" (ASH, La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2^e partie : les droits des usagers, in ASH, supplément au n°2379, 29 octobre 2004).
- Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) définit les objectifs et le contenu de l'accompagnement.
- Le recours à une personne qualifiée pour faire valoir ses droits.
- Le conseil de la vie sociale (CVS) ou d'autres formes de participation visent à associer les usagers au fonctionnement de la structure.
- Le projet d'établissement (ou de service) définit les objectifs opérationnels de la structure ainsi que les modalités de son organisation et de son fonctionnement.

La santé entre directement en lien avec ces outils. En effet, il est plus que souhaitable que la notion de santé y soit intégrée. De plus, le développement du droit des usagers à travers des moyens d'expression cadre avec le principe selon lequel l'accompagnement santé se fait de manière participative.

Annexe 6

Quels changements la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système a-t-elle introduits dans les relations entre les usagers et le système de santé ?

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé repositionne les usagers au cœur du système de soin et de santé.

Le texte parle, en effet, de "démocratie sanitaire" dans le titre premier. Il s'agit de reconnaître la place des usagers dans leurs relations avec le système de santé en instaurant des droits, en les associant au fonctionnement du système, et en permettant l'élaboration de politiques de santé tant au niveau national qu'adaptées au niveau régional.

La spécificité de cette loi consiste principalement à permettre aux usagers d'accéder aux informations les concernant et d'être associés à l'ensemble des décisions touchant à leur santé.

Article 11

"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment." (...)

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers."

L'accès direct des malades aux données médicales les concernant, ouvert par la loi du 4 mars 2002, sera effectif en 2007 dans le cadre du dossier médical personnel qui devrait être accessible pour chaque usager.

Annexe 7

Quelles sont les grandes orientations de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 ?

La loi affirme le rôle de l'Etat dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé publique.

La loi définit tous les 5 ans des objectifs concernant la santé publique avec des plans d'actions qui sont annexés à la loi. Pour 2004-2008 il est établi 5 axes prioritaires :

- la lutte contre le cancer ;
- la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ;
- la santé et l'environnement ;
- la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- la prise en charge des maladies rares.

Art. L. 1411-1-1. – L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

"Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées."

En parallèle, une centaine d'objectifs ont été définis pour aider les Conférences régionales de santé à la construction des Plans régionaux de santé publique (PRSP) arrêté par le préfet de région.

La Conférence régionale de santé a pour mission de contribuer à l'élaboration des objectifs régionaux et à l'évaluation des actions. Elle est donc consultée par le préfet de région. Elle rédige également un rapport sur l'évaluation des conditions d'application du droit des malades et des usagers. Elle est composée des représentants des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie, des usagers, des professionnels, institutions et établissement sanitaires et sociaux, des comités d'éducatons à la santé, ...

Le Groupement régional de santé publique met en œuvre les programmes du Plan régional de santé publique. Il est constitué des représentants des établissements publics travaillant dans le domaine de la santé, des organismes d'assurance maladie, des collectivités locales et de l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'Etat affirme donc sa responsabilité en matière de santé et la région se trouve être l'échelon opérationnel de la mise en œuvre des orientations nationales.

Annexe 8

La Couverture maladie universelle

CMU de base

Conditions d'attribution.

Résidence

Toute personne résidant en France de façon stable sans interruption depuis plus de 3 mois (sauf pour les cas où la situation est réputée stable) (Etudiants, élèves ou stagiaires dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique ou scientifique ; bénéficiaires de prestations familiales ; bénéficiaires d'une aide à l'emploi pour la garde de jeunes enfants ; bénéficiaires d'une allocation aux personnes âgées ; bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, de l'allocation différentielle ; bénéficiaires d'une allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement ; bénéficiaire d'une des prestations d'aide sociale ; bénéficiaire du RMI ; demandeurs d'asile ou du statut de réfugié, personnes admises au titre de l'asile ou reconnues réfugiées..)

Formalités : justifier de la résidence (Trois quittances successives de loyer, deux factures EDF ou téléphone ou de gaz, signature d'un bail de plus de trois mois, certificat d'immatriculation d'un véhicule de plus de trois mois,...). Pour les SDF : attestation de domiciliation.

Ressources

La CMU de base est gratuite en dessous d'un plafond fixé à 6 965€/an/foyer. Si le revenu fixe est supérieur à ce plafond, la cotisation est de 8% des ressources au-dessus de ce plafond.

Demande

Elle est faite pour l'ensemble des membres du foyer auprès de la CPAM.

Affiliation

Elle est effective dès le dépôt de la demande.

Prestations

La CMU de base ouvre droit aux seules prestations en nature (remboursement des médicaments, etc.), des assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale (régime salarié).

La CMU complémentaire

Accordée sous conditions de ressources, elle permet de bénéficier d'une prise en charge totale des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

Conditions d'attribution.

Résidence

Résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (de manière identique à la CMU de base), sauf dans le cas où cette condition est réputée remplie (Identique à la CMU de base ; avec en plus ; personnes affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une activité professionnelle en France métropolitaine ou dans un département

d'outre-mer pour une durée supérieure à 3 mois ; personne inscrite à un stage de formation professionnelle pour une durée supérieure à trois mois ; personne bénéficiaire de l'AAH ; personnes bénéficiaires d'un revenu de remplacement.)

Formalités : identiques à celles de la CMU de base.

Conditions de résidence régulières pour les personnes de nationalité étrangères hors espace européen : elles doivent justifier de leur situation régulière de séjour au moyen de leur carte de séjour. Cependant si l'intéressé peut attester par tout document qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de séjour en France.

Ressources

Plafond de ressources maximum mensuelles applicables au 1^{er} juillet 2005.

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond mensuel en France métropolitaine	Montant du plafond mensuel dans un département d'outre-mer.
1 personne	587,16€	650,58€
2 personnes	880,75€	975,87€
3 personnes	1 056,90€	1 171,04€
4 personnes	1 233,05€	1 366,21€
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	234,87€	260,23€

Pour les titulaires du RMI, la CMUc est accordée sans condition de ressources.

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois qui précèdent la demande. Les pensions alimentaires versées sont à déduire des ressources.

Si les ressources sont supérieures au plafond dans les limites de 15%, une aide financière au paiement d'une cotisation ou d'une prime pour une Couverture complémentaire maladie est possible. Le montant de cette aide varie en fonction de l'âge du bénéficiaire. Ce dispositif remplace depuis le 1/1/05 le dispositif d'aide à la mutualisation.

Choix de l'organisme complémentaire

Chaque bénéficiaire de la CMUc choisit librement l'organisme qui assurera la gestion de la CMUc, inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département et remise lors du dépôt de la demande à la CPAM en plus de la caisse d'assurance maladie.

Demande

La demande de CMUc est faite pour l'ensemble du foyer.

La demande peut être faite pour les mineurs de plus de 16 ans ayant rompus leurs liens familiaux.

La demande doit être faite près des CPAM, sur des formulaires spécifiques.

Cette demande doit être faite tous les ans.

Attribution

La CPAM fait part de sa décision par courrier. L'absence de réponse dans un délai de deux mois vaut réponse favorable.

Le droit à la CMUc est ouvert pour un an à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la décision d'attribution.

Auprès des professionnels de santé ou de l'hôpital, il est obligatoire de présenter l'attestation des droits à la CMUc et la carte vitale mise à jour, ce qui dispensera de faire l'avance des frais.

Soins pris en charge

La CMUc ouvre droit à la prise en charge avec dispense d'avance de frais :

- du ticket modérateur (honoraires et actes professionnels de santé, médicaments, frais d'hospitalisation) ;
- du forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- dans les limites des tarifs fixés par arrêté, les frais de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale, les lunettes, les prothèses auditives, et autres produits et appareils médicaux.

Renouvellement de la CMUc.

La CMUc est accordée pour un an. Deux mois avant l'échéance la CPAM adresse un courrier de la date d'échéance. Il faut demander un renouvellement à la CPAM avant la date d'échéance. Les formalités sont identiques à celles faites lors d'une 1^{ère} demande.

Si les droits à la CMUc ne sont pas renouvelés, il y a conservation pendant 1 an à la dispense d'avance des frais sur la part remboursée par la CPAM. Si vous décidez de conserver votre mutuelle en la finançant, vous gardez le bénéfice de l'ancienneté dans cette mutuelle (absence de stages, préférences financières...).

Annexe 9

L'Aide médicale d'Etat

Toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, a droit à l'AME pour elle-même et les personnes à sa charge, à condition de résider en France depuis plus de trois mois de manière continue et sous réserve de remplir des conditions de ressources.

Conditions

Résidence

Les conditions de résidence ininterrompues de plus de trois mois peuvent être justifiées par tout moyen probant (visa expiré, passeport, notification de refus de demande d'asile, facture d'hôtel, inscription scolaires des enfants, facture EDF-GDF, ...). Une déclaration sur l'honneur n'est pas recevable.

Ressources

Ce sont les mêmes barèmes que pour la CMUc.

Demande

A faire sur un formulaire spécifique auprès de votre CPAM ou d'un organisme agréé (CCAS, établissement de santé, établissement sanitaire et social du département, association).

Les personnes SDF doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'une association agréée.

L'admission est prononcée par la CPAM qui délivrera une attestation avec une validité annuelle. En AME il n'y a pas de délivrance de carte vitale, ni d'un n° d'immatriculation définitif.

La date d'effet débute en général à compter de la date de dépôt de la demande.

Renouvellement

Le renouvellement n'est pas automatique, il faut en faire la demande deux mois avant l'expiration.

Recours

En cas de refus de l'AME, il est possible de contester cette décision auprès de la Commission départementale d'aide sociale du département.

Soins à titre humanitaire

Les personnes qui ne résident pas en France habituellement et dont l'état de santé le justifie, peuvent bénéficier de l'AME à titre humanitaire.

Dans ces conditions la demande est de compétence exclusivement du ministre chargé de l'action sociale. La demande d'AME accompagnée d'un certificat médical est à adresser sous pli confidentiel en précisant sur l'enveloppe "demande d'AME exceptionnelle", aux services de la Ddass pour instruction.

Soins pris en charge

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100% avec dispense d'avance des frais :

- des soins médicaux et des prescriptions médicales dispensés à l'hôpital ou en ville dans les limites des tarifs conventionnels ou de responsabilité ;
- du forfait hospitalier en cas d'hospitalisation.

Prise en charge des soins urgents

Cela concerne les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois mois, ou ceux résidant en France depuis plus de trois mois non bénéficiaires de l'AME. Cela ne concerne pas les étrangers de l'UE.

Soins urgents pris en charge : ceux qui mettraient le pronostic vital en cause, ceux qui concernent des pathologies transmissibles (tuberculose, VIH...), ceux concernant les mineurs, ceux réalisés pour le suivi de la grossesse avant et après l'accouchement, pour la femme enceinte et le nouveau-né, pour les IVG et les interruptions de grossesses pour raisons médicales,...

Seuls les soins réalisés dans le cadre d'établissements de santé (hospitalisation ou consultations) peuvent entrer dans le cadre de ces soins urgents.

annexe 10

L'aide pour une complémentaire santé

Il s'agit d'une aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide s'adresse aux personnes dont le revenu se situe dans la marge de 15% au-delà du plafond de la CMUc. Le montant du crédit d'impôt est plafonné au montant du tarif de la complémentaire souscrite. Il varie en fonction de l'âge du bénéficiaire.

moins de 25 ans	100 €
de 25 à 59 ans	200 €
60 ans et plus	400 €

Ainsi, si une personne de moins de 25 ans souhaite souscrire un contrat à 300€ et qu'elle remplit les conditions pour obtenir le crédit d'impôt, elle bénéficiera d'une réduction de 100€ et ne versera que 200€.

Conditions d'attribution

Résidence

il faut résider en France (Métropole et DOM) de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois, bénéficier d'une couverture sociale et avoir des ressources inférieures au plafond de la CMU Complémentaire majoré de 15%.

Conditions de ressources

L'appréciation des ressources est identique à celle de la CMU complémentaire. Les ressources prises en compte sont celles des douze mois précédant la demande. Elles comprennent l'ensemble des ressources du foyer : revenus du travail, du capital, prestations sociales, pensions reçues, y compris les avantages en nature procurés par un logement.

Composition du foyer	Métropole		Départements d'Outre Mer	
	Plafond CMU C	Plafond Crédit d'impôt	Plafond CMU C	Plafond Crédit d'impôt
1 personne	576,13 €	662,55 €	638,35 €	734,11 €
2 personnes	864,19 €	993,83 €	957,52 €	1 101,16 €
3 personnes	1 037,03 €	1 192,59 €	1 149,02 €	1 321,39 €
4 personnes	1 209,87 €	1 391,36 €	1 340,34 €	1 541,62 €
Par personne supplémentaire	230,45 €	265,02 €	255,34 €	293,64 €

Demande

Les renseignements pour bénéficier du crédit d'impôt peuvent se trouver à la caisse primaire d'assurance maladie, du centre communal d'action sociale (CCAS), d'un service social, d'une association agréée ou d'un hôpital.

Le crédit d'impôt est valable un an renouvelable tant que les conditions de ressources sont remplies.

L'attestation délivrée par la caisse en cas d'acceptation du dossier n'est valable que 6 mois. Elle sert à faire valoir les droits auprès d'un organisme complémentaire. L'original de l'attestation doit être remis à cet organisme.

Annexe 11

La réforme de l'assurance maladie

L'Etat a initié une réforme structurelle de l'assurance maladie.

Le médecin traitant

Les assurés doivent dorénavant désigner leur médecin traitant à l'assurance maladie. Seules les personnes âgées de plus de 16 ans sont concernées par cette déclaration.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, le remboursement des soins est moins important lorsque ces derniers n'ont pas eu lieu dans un parcours de soin initié par le médecin traitant. Les consultations de spécialistes doivent se faire en accord avec le médecin traitant. Lorsqu'elles ne sont pas prescrites par le médecin traitant, les spécialistes ont la possibilité de demander un dépassement d'honoraires.

Dans le cas d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée, le patient peut se rendre directement chez son spécialiste puisque le médecin traitant doit avoir prévu ces soins dans le cadre du protocole de soins qu'il établit en début de prise en charge.

Certains spécialistes peuvent être consultés en accès direct : gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres, pédiatres, ainsi que les dentistes et les sages-femmes.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaires sont concernés par cette réforme et par les dépassements s'ils n'entrent pas dans un parcours de soin.

- Médecin conventionné en secteur 1 : il pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention. C'est le tarif officiel*, base de remboursement de l'assurance maladie.
- Médecin conventionné en secteur 2 avec option de coordination : il pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention (tarif officiel, base de remboursement de l'assurance maladie), si vous êtes adressé par votre médecin traitant et s'il a adhéré à l'option de coordination.
- Honoraires libres (secteur 2) : le médecin est autorisé à dépasser le tarif officiel.
- Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Source : dépliant d'informations de l'assurance maladie

Le dossier médical personnel

Il contiendra des informations sur la santé des assurés (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...). Constitué et mis à jour par le médecin traitant, ce dossier sera informatisé, dans le strict respect du secret médical. Les autres médecins éventuellement consultés pourront l'utiliser avec l'accord du patient. Il sera généralisé mi-2007.

La nouvelle carte Vitale

La nouvelle carte vitale va se rapprocher d'une carte d'identité santé. Elle deviendra en 2007 la clé d'accès au dossier médical personnel et contiendra les données médicales utiles en cas d'urgence.

Annexe 12

Annuaire

Les grands réseaux nationaux

Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

9 passage Gatbois 75012 Paris
Tél : 01 43 43 72 38
Fax : 01 43 66 28 38
Mail : secretariat@anit.asso.fr
www.anit.asso.fr

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

20 rue Saint Fiacre
75002 PARIS
Tél : 01 42 33 51 04
Fax : 01 45 08 17 02
www.anpaa.asso.fr

Croix Rouge Française

98 rue Didot
75694 Paris Cedex 14
Tél: 01 44 43 11 00
Fax: 01 44 43 11 01
www.croix-rouge.fr

Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)

154 rue Legendre
75017 Paris
Tél : 01 42 28 65 02
Fax : 01 46 27 77 51
www.alcoologie.org

Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine

31 rue d'Amsterdam
75 008 Paris
Tél : 01 45 96 06 36
Fax : 01 45 96 06 05
www.croixmarine.com

Fédération des banques alimentaires

15 rue du Val de Marne
94257 Gentilly Cedex.
www.banquealimentaire.org

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
Tél : 01.40.43.30.30
Mail : webmail@mutualite.fr
www.fnmf.fr

Médecins du monde

62 rue Marcadet
75018 Paris
Tél : 01 44 92 15 15
www.medecinsdumonde.org

Médecins sans frontières

8 rue Saint Sabin
75011 Paris
Tél : 01 40 21 29 29
Fax : 01 48 06 68 68
www.msf.fr

Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)

5 avenue d'Italie
75013 Paris
01 53 94 56 90
01 53 94 56 99
www.mnasm.com

Lieux d'informations

Direction générale de la santé

Ministère de la santé et des solidarités
14 avenue Duquesne
75007 PARIS
Tél : 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

62 boulevard Garibaldi
75015 Paris
Tél : 01 56 58 52 40
Fax : 01 56 58 52 41
Mail : info@fnors.org
www.fnors.org

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

42 boulevard de la Libération
93203 Saint Denis Cedex
Tél : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
Mail : inpes@inpes.sante.fr
www.inpes.sante.fr

Institut de veille sanitaire (INVS)

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 01 41 79 67 00 (standard)
Fax : 01 41 79 67 67
www.invs.sante.fr

Haute autorité de santé (HAS)

2 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
www.anaes.fr

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)

7 rue Saint Georges
75009 Paris
Tél : 01 44 63 20 50
webmestre@mildt.premier-ministre.gouv.fr
www.drogues.gouv.fr

Annexe 13

Glossaire

A

ACT : appartement de coordination thérapeutique
AHI : accueil, hébergement, insertion
AME : aide médicale de l'Etat
Anaes : agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé
Anit : association nationale des intervenants en toxicomanie
ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH : agence nationale de l'hospitalisation

C

Caf : caisse d'allocations familiales
CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie

CCAS : centre communal d'action sociale
CDPA : comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CHS : centre hospitalier spécialisé
CHU : centre hospitalier universitaire
CMP : centre médico-psychologique (psychiatrie publique de secteur)
CMPP : centre médico-psychopédagogique
CMU : couverture maladie universelle
CMUc : couverture maladie universelle complémentaire
CNESMS : conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale
CNLE : conseil national de lutte contre les exclusions
Codes : comité départemental d'éducation à la santé

Cotorep : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
 CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
 Credes : centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé
 Cres : comité régional d'éducation pour la santé
 Crips : centre régional d'information et de prévention sur le SIDA
 Crosms : comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
 CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 CSST : centres spécialisés de soins aux toxicomanes

D

Ddass : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
 DGAS : direction générale de l'action sociale
 DGS : direction générale de la santé
 DHOS : direction des hôpitaux et de l'organisation sanitaire
 Diact : délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires

E

ENSP : école nationale de la santé publique

F

F3A : fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie

G

GRSP : groupement régional de santé publique

H

HAS : haute autorité de santé

I

Igas : inspection générale des affaires sociales
 Inserm : institut national de la santé et de la recherche médicale
 Inpes : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 Irdes : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
 Irsa : institut régional pour la santé
 IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LCE : lutte contre les exclusions

M

Mildt : mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
 MNASM : mission nationale d'appui en santé mentale
 MSA : mutualité sociale agricole
 MST : maladie sexuellement transmissible

O

OMS : organisation mondiale de la santé
 Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
 ORS : observatoire régional de la santé

P

Pass : permanence d'accès aux soins de santé
 PMI : protection maternelle et infantile
 PNNS : programme national nutrition santé
 Praps : programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins
 PRSP : programme régional de santé publique

S

Samu : service d'aide médicale urgente
 SDF : sans domicile fixe
 Sida : syndrome immunodéficitaire acquis
 Smur : service mobile d'urgence
 Sros : schéma régional de l'organisation sanitaire

Annexe 14

fnars : un réseau national

A toute personne ou famille en grave détresse sociale, passagère, chronique ou urgente, le réseau national d'associations adhérentes à la Fnars offre des établissements et services dispensant une vraie mission de service public : accueil, hébergement, insertion professionnelle et sociale, accès au logement et à l'emploi, ... Ces structures proposent des solutions variées d'insertion grâce à une organisation dynamique au plan national et en régions.

La **Fnars** est une fédération regroupant des organismes et associations autonomes qui ont en commun l'inaltérable volonté d'aider les plus démunis et de faire bouger la société pour faire reculer l'exclusion. Elle n'est pas un mouvement de pensée ou un rassemblement philosophique ou politique.

Adhérent à la Fnars aussi bien des structures locales implantées sur un territoire que des associations nationales. Ce sont elles qui chaque jour vont à la rencontre ou reçoivent des personnes en grandes difficultés sociales (souvent orientés par des services sociaux).

La Fnars rassemble...

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale fédère au plan national 750 associations et organismes publics qui, ensemble, gèrent près de 2 200 établissements et services :

- services d'accueil et d'orientation, centres de jour, services d'urgence, d'écoute téléphoniques (115 et N° vert),... ;
- centres d'hébergement, centres maternels, lieux de vie, foyers, hôtels sociaux, résidences sociales, pensions de familles et maisons relais, ... ;
- services de relogement, d'accompagnement social lié au logement, dispositifs de baux glissants,... ;
- ateliers, AVA (Aide à la vie active), services de proximité, entreprises et chantiers d'insertion,...
- organismes de formation, centres de bilan de compétences,... ;
- centres de soins ou de cure,... ;
- services de travaux d'intérêt général, placements extérieurs, contrôle judiciaire, médiation pénale... ;
- services d'instruction du RMI, services de suite, haltes-garderies, crèches, médiation familiale,...

La Fnars en chiffres

750	<i>associations ou organismes,</i>
2 200	<i>centres et services dont 700 ont l'habilitation Aide sociale CHRS,</i>
12 000	<i>salariés socio-éducatifs ou non,</i>
des milliers	<i>d'administrateurs et bénévoles,</i>
600 000	<i>personnes en difficulté accueillies par an :</i>
	<i>45 000 places d'hébergement</i>
	<i>et de logement temporaire,</i>
	<i>12 000 postes de travail en insertion.</i>

La Fnars représente ...

... ses adhérents auprès des pouvoirs publics et des administrations, au niveau national ou régional. Elle pèse sur les décisions publiques, les lois et les mesures de lutte contre l'exclusion. Elle demande aux pouvoirs publics les moyens financiers nécessaires aux missions de ses adhérents. Elle signe des conventions avec les ministères en charge des affaires sociales, du logement, de l'emploi, de la santé, de la justice,... et avec le Fonds Social Européen (FSE). Elle est membre de plusieurs réseaux associatifs européens. Dans chaque région, une association régionale Fnars regroupe les adhérents.

La Fnars analyse...

Elle évalue les actions menées et les dispositifs mis en place, examine la pertinence des réponses aux diverses demandes sociales, vérifie leur cohérence, mesure les résultats obtenus, suggère des pratiques de prévention,...

La Fnars prend en compte, dans ses instances élues, professionnelles et consultatives, les expériences menées par les acteurs de terrains : responsables associatifs, professionnels, bénévoles, usagers,... Ainsi, elle se veut un véritable observatoire dynamique de l'exclusion et de l'insertion tout en faisant évoluer le travail des acteurs et progresser les politiques sociales.

La Fnars s'appuie sur les travaux de nombreuses commissions nationales et régionales travaillant dans des domaines spécifiques : logement, urgence sociale, insertion par l'activité économique, femmes, familles, santé, justice, vie associative, droits et expression des usagers, réfugiés...

Elle conduit et publie des études, enquêtes et sondages sur la vie associative, l'évolution des métiers de l'insertion sociale, l'urgence sociale, les exclus,...

La Fnars organise, plusieurs fois par an, des journées d'étude ou forums sur des thèmes spécifiques ; elle tient son congrès national, tous les deux ans. Ces manifestations nationales ou régionales rassemblent ses adhérents et ses partenaires.

La Fnars forme.... conseille...

Elle propose, au niveau fédéral ou régional, diverses sessions de formation destinées aux cadres et acteurs associatifs, salariés et bénévoles.

La Fnars exerce une fonction de conseil auprès de ses adhérents, elle leur apporte une assistance technique et elle favorise les transferts de savoir-faire entre eux. Elle favorise l'essaimage d'activités qui ont fait leur preuve et, face à l'émergence de questions nouvelles, elle soutient l'expérimentation de réponses innovantes et pertinentes.

La Fnars informe...

Elle édite l'annuaire "Accueil, hébergement, insertion" ; le plus récent répertorie 2 800 établissements et services d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

La Fnars publie différents documents : dossiers thématiques, recensions d'expériences, guides juridiques, études et enquêtes.

Elle a édité en 2000 le Guide des CHRS (réédition en 2002), en 2001 "Les défis de l'innovation sociale" et "La veille sociale : face à l'urgence", et en 2002 "Vers l'insertion par l'emploi - Ouvrir l'économie aux solidarités".

Publication mensuelle destinée aux adhérents, *la Gazette* rassemble des informations issues de la fédération et de ses commissions, des commentaires de textes juridiques récents, des propositions de formation, des annonces de manifestations,... Plusieurs associations régionales de la Fnars éditent des bulletins régionaux.

La Fnars mobilise...

Importante force d'action, de proposition et de mobilisation, la Fnars interpelle les décideurs publics et privés, à tous les niveaux, et entend aussi éveiller l'opinion publique à une meilleure compréhension des situations de détresse sociale.

**L'insertion et la lutte contre les exclusions
doivent concerner la société toute entière.**

à commander

- ◆ **Le Livre des Etats généraux – L'exclusion n'est pas une fatalité !**
RP 32 - A télécharger ou 5 €
- ◆ **Guide des CHRS - Références et évolutions / 3^{ème} édition**
RP 27 - 26 €
- ◆ **Les enfants et leur famille en centre d'hébergement**
RP 31 - 15 €
- ◆ **Recueils & documents n° 17 – Détresse et ruptures sociales**
RD 17 - 8 €
- ◆ ...

et/ou à télécharger

- ◆ Une quarantaine de numéros de *Recueils & documents*

sur <http://www.fnars.org>
et *Intranet-adhérents* / rubrique Publications

ainsi que la liste des publications et le bon de commande.

Un réseau national :

750 associations ou organismes,
2 200 centres et services dont 700 ont l'habilitation Aide sociale CHRS,
12 000 salariés socio-éducatifs ou non,
des milliers d'administrateurs et bénévoles,
600 000 personnes en difficulté accueillies par an :
45 000 places d'hébergement et de logement temporaire,
12 000 postes de travail en insertion.

La Fnars est soutenue par :



Direction générale de l'action sociale
Délégation générale à l'emploi et à la
formation professionnelle
Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de la santé
Direction générale de l'urbanisme, de
l'habitat et de la construction
Service des droits des femmes et de l'égalité

Caisse centrale de mutualité sociale agricole
Caisse nationale des allocations familiales
Fondation agir pour l'emploi
Fondation de France
Fondation JM Bruneau

76 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 Paris
Tél. 01 48 01 82 00 - Fax 01 47 70 27 02
www.fnars.org - fnars@fnars.org

**Fédération nationale des associations
d'accueil et de réinsertion sociale**