



**PROJET D'ETABLISSEMENT
LITS HALTE SOINS SANTE (LHSS)
2023 - 2028**

SOMMAIRE

I. Présentation de l'association porteuse des LHSS : l'ANEF Cantal

- 1-1 L'histoire de l'association gestionnaire
- 1-2 Le projet associatif
- 1-3 L'organigramme

II. Contexte relatif à l'accompagnement des personnes en précarité et présentant des vulnérabilités en santé : la question de la continuité de parcours

- 2-1 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé
- 2-2 Les enjeux en matière de santé et de promotion à la santé
- 2-3 Les missions et l'accompagnement du public

III. Implantation et fonctionnement depuis la création des LHSS en 2018

- 3-1 L'autorisation ARS
- 3-2 L'équipe médico-psycho-sociale
- 3-3 Les articulations et coordinations de l'accompagnement médico-psycho-sociale
- 3-4 Les moyens matériels : locaux, bureau, véhicule
- 3-5 De la demande d'admission à l'accueil
- 3-6 Focus lié aux statistiques de 2018 à 2023 : évolution du public accueilli

IV. L'accompagnement au plus près des besoins de la personne

- 4-1 L'autorisation ARS
- 4-2 Les ateliers thérapeutiques
- 4-3 Favoriser l'auto-détermination
- 4-4 Adapter les pratiques professionnelles
- 4-5 Développer les compétences psychosociales et pouvoir d'agir

IV. Les modalités de l'accompagnement

- 5-1 Les données personnelles
 - 5-1-1 L'objectif de la collecte des données personnelles
 - 5-1-2 Les données personnelles concernées et la durée de conservation
- 5-2 Le dossier de l'utilisateur
- 5-3 Secret professionnel
- 5-4 Le droit des usagers

V. Préparer la sortie et le travail partenariat

- 6-1 Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours de soins
- 6-2 Le réseau partenarial

VI. Les éléments du rapport d'activité

- 7-1 La démarche qualité
- 7-2 Une démarche qualité qui intègre la dimension de la gestion des risques

VII. Perspectives d'évolution, Objectifs d'évolution, de progrès et de développement

Annexe

I. Présentation de l'association porteuse des LHSS : l'ANEF Cantal

1-1 L'histoire de l'association gestionnaire

L'ANEF pour Association Nationale d'Entraide Féminine, est une association loi 1901, d'abord inscrite à l'échelon national avant de se redéfinir sur des échelons départementaux. L'ANEF est créée en 1952 par Marguerite-Marie MICHELIN, qui, déportée à Ravensbrück, pour des faits d'actes de résistance, considère avoir été sauvée par la mise en œuvre d'une solidarité entre femmes issues d'origines sociales différentes.

L'objet de l'ANEF est de « *travailler à la réadaptation sociale de personnes... se trouvant inadaptées ou en danger moral... et de contribuer à leur développement culturel et à l'équilibre de leur vie personnelle et sociale* » (extrait des statuts déposés en 1952).

La section d'Aurillac est créée pour sa part en 1957.

L'association ANEF est reconnue d'utilité publique en 1968. Elle élargit son action aux jeunes hommes, modifiant ses statuts en 1976, pour devenir : « Association nationale d'entraide dite ANEF ».

Les évolutions sociétales, la politique de décentralisation de l'action sociale incitent l'ANEF dans les années 2000, à des changements d'organisation et de statuts. Les sections locales aspirent à leur autonomie et s'engagent dans un mouvement fédéraliste. Elles se transforment en association ANEF locales de plein exercice avec acquisition de l'autonomie juridique et l'adhésion à la fédération nationale ANEF.

L'ANEF Cantal est déclarée en Préfecture le 03 décembre 2007.

Au 31 décembre 2023, l'ANEF Cantal recense 89 salariés.

1-2 Le projet associatif

L'association est attentive aux problématiques sociales des populations en difficultés dans le département du Cantal, ses professionnels adhèrent aux valeurs portées par l'association :

- Combattre toutes formes d'exclusion,
- Respecter toutes personnes quelles que soient ses origines culturelles ou sociales,
- Reconnaître un potentiel d'évolution en chacun,
- Mettre en œuvre la solidarité entre personnes au sein de la société.

L'accompagnement se base sur la reconnaissance du potentiel d'évolution de toute personne accueillie pour promouvoir ses propres compétences et ressources.

L'ANEF CANTAL appartient à la Fédération Nationale ANEF créée en 2008 dans le but de regrouper l'ensemble des associations des sections locales, dans le respect des valeurs éditées dans la charte ANEF, mise à jour et adoptée en 2007.

De plus la Fédération a pour mission d'entretenir un lien entre les associations adhérentes afin d'assurer leur représentation auprès des instances nationales ainsi que les administrations et responsables politiques.

Chaque section a son individualité car *"l'ANEF doit essentiellement être vivante et adaptée aux besoins de chaque région. Il n'y a pas de programme de section."* La liberté d'engagement et la souplesse d'organisation laissent le champ libre aux initiatives et permettent une réactivité aux changements de la société et une adaptabilité remarquable. Cette capacité de l'ANEF à répondre aux besoins de l'époque et à agir dans le cadre des politiques publiques successives reste un des marqueurs majeurs de l'institution.

L'ANEF CANTAL est composée d'un Conseil d'Administration, d'un service administratif et technique et de trois pôles d'activités:

Le Pôle Enfance/Parentalité :

Il comprend :

- Une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) de 10 places pour jeunes filles, nommée le SAJ pour service accueil jeunes,
- Un service polyvalent de mesures à la fois de milieu ouvert de type Aide Educative à Domicile et Aide Educative en Milieu Ouvert renforcée et de placements, nommé APMN pour adaptation progressive en milieu naturel,
- Un espace rencontre nommé l'Entre D'Eux,

Le Pôle Social Justice mineurs/majeurs :

- Le Centre Educatif Renforcé Chantepedrix à Saint Georges,
- Le Centre de Prise en Charge des Auteurs de violence conjugale,
- Une convention avec le SPIP relative à la mise en œuvre de mesures de Placement Extérieur et de Travail d'intérêt général,
- L'agrément pour l'action parcours de sortie de prostitution

Le Pôle Accueil Hébergement Insertion

Le pôle s'est structuré conformément au référentiel de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion de la DIHAL. Il met en œuvre une aide globale, qualifiée et adaptée, aussi longtemps que nécessaire.

PAHI : Axe insertion/urgence

Il comprend :

- Le SIAO de vocation départementale, auquel sont rattachées les activités du 115 et de la maraude. Le SIAO est une plate-forme unique qui doit favoriser la transition de l'urgence vers l'insertion et garantir la nécessaire fluidité vers le logement,
- Un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de 62 places, réparties entre l'urgence et l'insertion sur Aurillac et sur Saint-Flour,
- De l'hébergement dit conventionné pour des personnes présentant des critères de vulnérabilités et dont la situation administrative relève de droits non totalement ouverts,
- Un service mettant en œuvre des mesures d'Accompagnement Vers et Dans le Logement dit AVDL, et d'intermédiation locative (IML),
- Un Accueil de jour mobile : l'écoute itinérante,
- Le Tiers Lieu alimentaire

PAHI : Axe santé

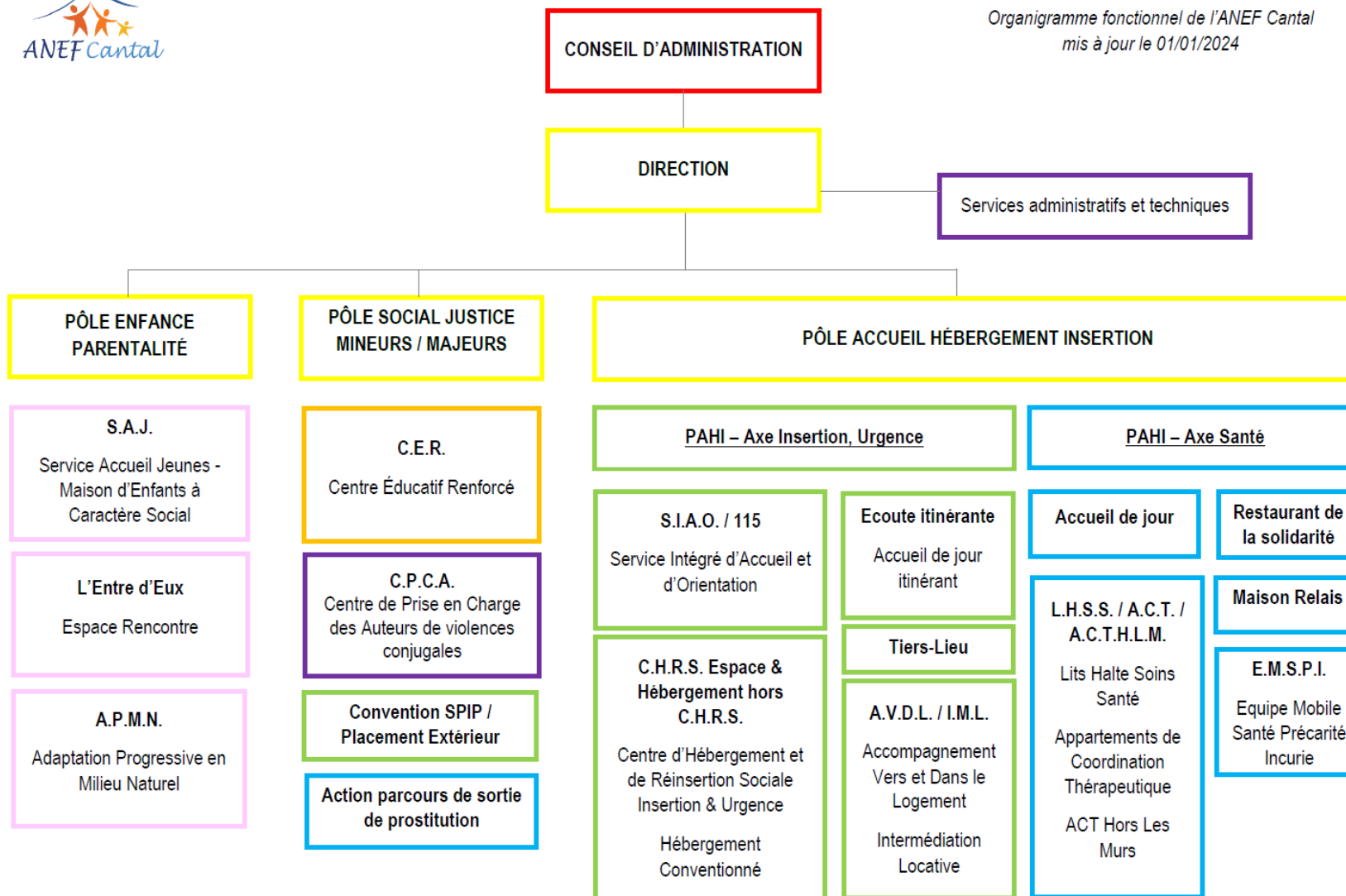
Il comprend :

- L'accueil de jour,
- Le restaurant de la solidarité,
- Les Lits Halte Soins Santé pour 4 places,
- Les 4 Appartements de Coordination Thérapeutique et les 2 places d'ACT Hors les Murs (HLM),
- Une équipe mobile santé précarité incurie
- Une maison relais de 20 places.

1-3 L'organigramme



Organigramme fonctionnel de l'ANEF Cantal
mis à jour le 01/01/2024



II. Contexte relatif à l'accompagnement des personnes en précarité et présentant des vulnérabilités en santé : la question de la continuité de parcours

2.1 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de Santé

« Les établissements LHSS proposent un accompagnement médico-social aux personnes en situation de grande précarité dont l'état de santé nécessite une prise en charge adaptée sans toutefois justifier d'une hospitalisation. L'accompagnement proposé consiste à (ré)inscrire la personne dans un parcours de soins et de santé et à l'accompagner dans les démarches visant son accès aux droits et à l'autonomie. »¹

L'HAS recommande la mise en œuvre d'un accompagnement centré sur la personne visant à développer son pouvoir d'agir, en s'appuyant notamment sur des postures d'accompagnement bienveillantes et non jugeantes. L'organisation doit permettre de prévenir les ruptures de parcours.

→ Proposer un accueil facilitant la création d'un lien de confiance

Afin de favoriser l'autonomie et l'autodétermination et renforcer le pouvoir d'agir des personnes, l'accueil est une étape prioritaire pour mener à bien les mesures d'accompagnement.

Pour cela, l'équipe prend directement contact avec la personne avant son intégration dans l'établissement pour lui présenter de manière transparente les missions de l'établissement, les conditions d'accompagnement et les limites temporelles de prise en charge. La personne peut visiter également les lieux avant son admission et repérer le quartier. Suite à cela, la personne a un délai de réflexion pour accepter ou non la proposition d'hébergement. Après l'accord de la personne, l'équipe prendra attache avec l'équipe médicale et sociale de la structure orienteuse afin d'assurer une transmission des informations utiles et nécessaires dans la préoccupation d'éviter les ruptures de parcours.

Une fois la personne admise, la nécessité est de s'enquérir des besoins immédiats en nourriture, vêtements, produits d'hygiène. Une nouvelle présentation transparente et précise des modalités et des limites de l'accompagnement médical et social sera énoncée ainsi que le planning hebdomadaire de l'équipe et de la procédure astreinte. Le règlement de l'établissement concernant les consommations de substances psychoactives et des modalités de la mise à disposition d'outils et de conseils de réduction des risques et dommages est un axe important de la communication.

L'équipe des LHSS/ACT a pu être formée au fil de l'année 2023 aux addictions et le service a revu l'ensemble de ses outils.

→ Accompagner la personne au plus près de ses besoins

La question de l'adhésion aux soins et au projet est un enjeu majeur de l'accompagnement des personnes sans domicile. L'instauration d'une relation de confiance avec les professionnels est un levier essentiel pour permettre celle-ci. L'étape de l'accueil est capitale. L'attitude et le positionnement des équipes, leur capacité à reconnaître la personne comme actrice sont des facteurs déterminants pour lui permettre de se saisir de son projet et de le mettre en œuvre. La co-construction du projet s'appuie sur l'explicitation de ses attentes et de ses priorités et l'évaluation de ses ressources et de ses besoins, dans leur diversité et leur complexité.

L'équipe veillera à proposer, avec les partenaires du territoire, un accompagnement global visant à (ré)inscrire les personnes dans un parcours de santé et/ou la poursuite de démarches leur permettant d'accéder aux droits et à favoriser leur inclusion sociale et leur autonomie. L'objectif est de permettre à la personne de (re)devenir actrice de son parcours pour accéder à une solution de sortie en cohérence avec son projet et ses priorités.

L'équipe pluridisciplinaire va se coordonner pour permettre à la personne d'être actrice de son accompagnement, en respectant sa temporalité et en adaptant l'emploi du temps des professionnels.

→ Permettre à la personne d'être actrice de son accompagnement

Une fois que la personne est informée que l'accompagnement global en LHSS est transitoire en fonction de la pathologie et des modalités de sortie possibles en fonction de la situation de la personne, le respect de la temporalité de la personne va être de mise. La prise en charge initiale est de deux mois.

L'emploi du temps des professionnels doit s'adapter à celui des personnes, tout en l'interrogeant régulièrement sur ses préoccupations immédiates et l'évolution des priorités. Le service respecte le droit de la personne à ne pas

¹ Haute Autorité de Santé : LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours

exprimer de demande explicite, tout en le questionnant régulièrement. De fait, lorsque c'est nécessaire, les allers-retours entre l'établissement et la rue sont accompagnés.

Les postures professionnelles seront adaptables et évaluées en fonction des situations rencontrées pour développer et maintenir un lien de confiance, en accordant une attention toute particulière à la qualité des échanges bienveillants et non jugeant des modes de vie et choix des personnes.

Chaque fois que nécessaire, la personne est informée sur ses droits et est accompagnée dans les démarches visant à les faire valoir notamment en :

- En lui explicitant les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002,
- En lui présentant les fonctionnements des différents services et administrations nécessaires à ses démarches, en favorisant le recours aux services et dispositifs de droit commun chaque fois que c'est possible et en accompagnant l'accès effectif aux droits et aux services,
- En soutenant les démarches des personnes face aux situations de stigmatisation et de discrimination dont elles peuvent être victimes dans leur accès à la santé et aux droits.

→ Accompagner la personne dans sa globalité et dans sa singularité

La confrontation des motifs d'admission, des informations complémentaires recueillies et la demande réelle de la personne, permet de définir les premières bases de son projet personnalisé.

Ce projet se compose ainsi :

- Des objectifs et priorités de la personne,
- D'un volet soins (problème de santé et traitement proposé, plan d'action pour la promotion de la santé, modalités de délivrance des soins, explication des diagnostics, examens nécessitant des besoins en coordination).

Le médecin traitant est ici le coordinateur du parcours de soins,

- D'un volet accompagnement social (accompagnement à la vie quotidienne, accès aux droits et l'accompagnement dans les démarches administratives, aide à l'inclusion sociale, l'accompagnement à une solution de sortie...),

- Des moyens d'accompagnement nécessaires et mobilisables pour la mise en œuvre du projet (partenaires, ressources de proximité mobilisables, ressources issues des réseaux de soutien de la personne).

Ce projet sera évalué régulièrement permettant de garantir que celui-ci respecte ses priorités. Cette co-construction facilite les essais pour permettre à la personne de mieux se projeter.

Pour coordonner l'action des professionnels pour le projet de la personne, l'équipe veillera à bien définir le rôle et la place de chacun et les diverses modalités de transmission tout en assurant la cohérence des objectifs et interventions. De fait l'évaluation des pratiques est centrale.

→ Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours

Lorsqu'une date de sortie est envisagée, la personne est informée ainsi que la personne de confiance désignée par elle et/ou le tuteur ou curateur via une procédure définie et formalisée. La notification de la date de sortie doit être réalisée par écrit par un représentant de la direction. Il est important de l'explicitement oralement à la personne, en étant clair sur les délais et les éventuelles modalités de sortie qui s'offrent à elle. L'ensemble des informations sociales et médicales seront remises à la personne, nécessaires à la continuité de son parcours lorsque les relais sociaux et médicaux sont efficaces.

En cas de sortie pour une structure sociale ou vers un logement accompagné, l'équipe assurera toutes les transmissions d'informations des missions et planifie une visite en amont pour une projection optimale de la personne.

La personne peut également mettre fin à la mesure d'accompagnement. Un délai de réflexion y compris après sa sortie est proposé, tout en organisant les relais partenariaux et en gardant contact avec elle.

Dans le cas de non-respect du contrat de séjour, la notification écrite de la décision de résiliation de son contrat et du délai de préavis est partagée lors d'un entretien.

Concernant toutes les sorties "non prévues", la personne a connaissance dès son admission du délai de conservation des affaires personnes et des modalités de restitution.

2.2 Les enjeux en matière de santé et de promotion à la santé

Le Cantal est un département peu peuplé (144 379 habitants au recensement en 2020 de l'INSEE) inscrit sur un territoire à dominante rurale où vit une population plus âgée ce en comparaison de la dynamique régionale et nationale. Ce département présente un solde naturel négatif. L'indice de vieillissement de la population du Cantal est le plus important de la région ARA.

Le revenu médian des habitants est le plus faible de la région. Le département est également marqué par une surmortalité prématurée (décès avant l'âge de 65 ans). Les données de santé du guide régional stratégie et parcours de décembre 2017, mettent en exergue qu'environ la moitié des décès prématurés, pourrait être évitée, soit par une amélioration du système de soins, soit par une diminution des facteurs de risques individuels.

Les données épidémiologiques sont explicites en ce qui concerne les inégalités sociales en matière de santé en termes à la fois de mortalité et de durée de survie : la catégorie sociale est un facteur réellement discriminant tout au long d'un gradient social progressif des plus démunis aux plus aisés...

S'attaquer aux inégalités territoriales, sociales, culturelles de santé est donc un enjeu majeur.

Les données de santé fournies par le guide régional ARA stratégie et parcours de décembre 2017, révèlent que le taux standardisé de personnes affiliées au régime général de la Sécurité Sociale présentant au moins une affection de longue durée (ALD) est plus important dans le Cantal qu'au niveau régional ou national (21% contre 17% au niveau régional).

Le Schéma Régional de Santé rappelle que les personnes souffrant de maladies chroniques en général sont inscrites dans un parcours de soins. Par définition une maladie chronique va s'inscrire sur une longue durée. La maladie peut évoluer de différentes façons :

- Elle peut s'aggraver plus ou moins rapidement,
- Elle peut se stabiliser,
- Elle peut s'organiser sur des périodes de poussées qui alternent avec des périodes de rémission.

Les enjeux de coordination des professionnels de santé sont plus manifestes pour les patients en situation de chronicité car ceux-ci nécessitent l'intervention de nombreux acteurs et la mise en œuvre de protocoles de coopérations et de délégations de tâches entre les professionnels de santé. Le parcours de santé est rendu complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Parallèlement, le projet de schéma régional de santé identifie des moyens d'actions visant à éviter ou réduire les conséquences invalidantes de la maladie chronique. À ce titre, figure la promotion de l'activité physique dans les établissements médico-sociaux et les actions d'information et d'éducation à la santé, notamment en matière d'addictions et de sexualité.

Le projet de schéma entend également affirmer le rôle de l'utilisateur comme acteur de son parcours de santé. Il s'agit ici de permettre à chacun de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé, renforcer la représentation et le rôle de l'expertise des usagers et des citoyens dans le système de santé. Le constat est fait désormais que les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent. Elles réaffirment leurs besoins d'être informées et écoutées par les soignants. La stratégie nationale de santé sexuelle dans son agenda 2017- 2030 décline l'objectif d'en finir avec le SIDA d'ici 2030 et faire en sorte que 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, que 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH aient accès à un traitement et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée. Il s'agit également de permettre l'accès à des traitements efficaces à toutes les personnes vivant avec le VIH ou le VHC par des stratégies visant à optimiser l'adhésion au traitement/observance, l'accessibilité ainsi que la continuité des soins.

Près de 350 000 personnes se voient diagnostiquer un cancer par an. Les cancers représentent la première cause de mortalité prématurée et la première cause de mortalité évitable. Il est en effet estimé, que certains décès pourraient être évités chaque année par des démarches de prévention individuelle et collective. L'augmentation du nombre de cancers associée à la diminution de la mortalité aboutit à un nombre de plus en plus conséquent de personnes au sein de la population française qui ont un cancer ou en ont guéri. Elles sont près de trois millions aujourd'hui. Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements du cancer ont permis de faire reculer cette mortalité. De plus en plus, les cancers sont des maladies avec lesquelles on peut vivre et dont on peut guérir. Le plan cancer affirme la nécessité de préserver la continuité et la qualité de vie en s'attachant à limiter les conséquences sociales et économiques de la maladie. Le cancer peut engendrer une précarité sociale, la difficulté du maintien ou du retour à l'emploi concerne de plus en plus de personnes. De fait, les difficultés sociales sont

rendues de plus en plus aiguës dans un contexte positif qui amènent les personnes à vivre avec une maladie qui se chronicise.

Les prises en charge qui en découlent appellent une coordination accrue entre les professionnels de santé et le cas échéant avec les acteurs du champ social et médico-social, quel que soit son lieu de résidence, la gravité de sa maladie et la complexité potentielle de son traitement.

2.3 Les missions et l'accompagnement du public

L'équipe pluridisciplinaire assure la mise en œuvre d'une coordination médicale, psychologique et sociale, inscrite dans un maillage partenarial. Les missions des LHSS sont assurées toute l'année.

La personne accueillie peut être accompagnée d'un tiers. La mesure d'accompagnement est prononcée initialement pour une durée de deux mois. Celle-ci est renouvelable selon les besoins médicaux.

Les objectifs généraux se déclinent en objectifs opérationnels permettant :

- Une observance du suivi et du traitement,
- Une compréhension de la personne de sa pathologie,
- Une quête d'une image de soi positive,
- Un accompagnement pour le maintien ou la recherche d'un lieu de vie adapté à la situation en sortie de dispositif.

Les LHSS apportent une réponse temporelle brève de type médico-psycho-sociale, pour des personnes atteintes de pathologies aiguës ou chroniques. La précarité sociale (absence de logement, isolement) peut générer une dégradation de l'état de santé. L'hébergement et l'accompagnement proposés vont permettre de réunir des conditions sanitaires satisfaisantes en visant une amélioration sociale de la situation avant d'engager une réorientation.

Le rapport d'activité annuel produit est attentif à décrire les évolutions du public accueilli.

III. Implantation et fonctionnement depuis la création des LHSS en 2018

3.1 L'autorisation ARS

Suite à la réponse favorable à l'appel à projet concernant l'agrément de 4 places "Lits Halte Soins Santé". L'ARS a assuré la visite de conformité le 02 octobre 2017. Les locaux sont situés au 46 Rue du Cayla à Aurillac.

Lors du lancement de nouveau dispositif de l'ANEF CANTAL, les bureaux de l'équipe médico-psycho-sociale étaient situés au 106 Avenue de Conthe à Aurillac. Afin d'être en adéquation et en cohérence de l'accompagnement global, le bureau de l'équipe a été rapidement localisé sur le même site d'accueil des personnes orientées en LHSS.

Le premier projet d'établissement des LHSS a été élaboré en 2018, d'où la réécriture du projet en 2023.

3.2 L'équipe médico-psycho-sociale

L'organisation de l'équipe repose sur une mutualisation des professionnels des deux dispositifs : LHSS et ACT. Cette mutualisation se met en œuvre dans le respect des missions de chaque dispositif.

L'accompagnement en LHSS se conçoit sur trois versants : médical, social et psychologique. Ces trois niveaux de qualification sont donc mobilisés pour la mise en œuvre des prestations.

Les intervenants de terrain forment donc une seule et même équipe constituée comme suit :

- D'un médecin à 0,15 ETP,
- D'une infirmière à 1 ETP,
- D'une Educatrice spécialisée à 1 ETP,
- D'une assistante de service social à 1 ETP,
- D'une cheffe de service éducatif à 0,25 ETP,
- D'un psychologue à 0,25 ETP,
- D'un agent de service à 0,18 ETP.

Le temps de réunion associant l'ensemble de l'équipe médico-psycho-sociale, est fixé le mardi matin de 8 h 30 à 12 h.

Le temps de présence du médecin, présent à concurrence de 0,15 ETP représente 5 h 25 par semaine.

La cheffe de service est présente à concurrence de 0,25 ETP pour les LHSS et les ACT Hébergement ainsi que deux places en ACT Hors les Murs.

La psychologue est présente à concurrence de 0,25 ETP soit 8 h 45 qui se déclinent comme suit : le mardi de 8 h 30 à 12 h 30 puis de 13h 30 à 18h 15.

Les deux travailleurs sociaux et l'infirmière à temps plein assurent une continuité de la prise en charge en étant présentes de 8h à 18h en semaine, et en soirée le jeudi jusqu'à 21h. Le temps de travail le weekend est réparti comme suit : 5h le samedi et 4h le dimanche ou jour férié.

Une astreinte est assurée par un cadre de l'ANEF Cantal pour répondre des situations qui appellent une décision en dehors du cadre habituel de travail

La mutualisation avec les veilleurs de la halte de nuit sur le même site permet au service d'assurer une présence quasi constante pour les résidents. Les veilleurs de nuit sont présents chaque jour de 20h à 8h. Un renforcement des moyens est effectif durant la période hivernale à partir de 17h le soir et jusque 12h le week-end et les jours fériés.

3.3 Les articulations et coordinations de l'accompagnement médico-psycho-social

• La coordination médicale

Elle est assurée par le médecin assisté de l'infirmière. Il coordonne les soins avec les différents médecins et professionnels de santé. Il oriente et conseille les personnes accueillies et soutient l'équipe en apportant des éléments de compréhension des situations.

La coordination médicale comprend :

- La constitution du dossier médical et du dossier de liaison d'urgence,

- La consultation et l'auscultation hebdomadaire des résidents,

- La restauration d'un climat de confiance entre les résidents et le milieu médical,

- L'échange constructif afin d'élaborer un projet de soin en accord avec les souhaits de la personne et de ses besoins primordiaux,

- La prescription de traitements médicamenteux, de soins ou d'examens,

- Le lien avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville- hôpital, à travers :

- Le recueil des informations médicales utiles à l'accompagnement des résidents,

- L'orientation des résidents vers des consultations de spécialistes,

- Le respect des conditions de sécurité sanitaire conformément aux protocoles établis (élimination des déchets, signalement des événements indésirables...).

L'infirmière de la structure travaille en binôme avec le médecin. Lorsqu'elle est absente, le relais est pris, pour certaines tâches, par les professionnels sociaux-éducatifs de l'équipe, dans le respect de leurs compétences, afin de garantir une continuité des soins.

La coordination paramédicale comprend :

- La gestion du dossier médical et sa tenue à jour,

- La délivrance de traitements et la réalisation de piluliers,

- Le travail en lien avec le cabinet d'infirmières libérales lorsque les soins ne peuvent pas être réalisés par l'infirmière du service,

- La prise de rendez-vous avec les professionnels de santé,

- Le soutien et l'accompagnement y compris physique dans les démarches de soins,

- Le lien avec tous les partenaires de santé qui gravitent autour des résidents, en fonction de leurs besoins,

- Le soutien psychologique y compris lors des périodes d'hospitalisation,

- L'échange et l'écoute avec les résidents afin de les amener à prendre soins d'eux,

- L'aide à l'observance thérapeutique à travers l'éducation thérapeutique,

- Les conseils en matière de nutrition et d'hygiène de vie globale,

- L'accompagnement à l'acceptation de la maladie.

L'ensemble des démarches de soins sont réalisées avec l'accord du résident concerné. L'éducation thérapeutique du patient est au cœur de la prise en charge afin de développer les compétences des résidents et leur autonomie.

- **L'accompagnement psychologique**

Est assurée par la psychologue du service et s'entend comme une approche globale des besoins du résident. Ce suivi peut, le cas échéant, s'étendre à la cellule familiale : travail autour de la parentalité, la scolarité. Cet accompagnement permet :

- La mise en lien avec la cheffe de service pour éclairer et étayer l'équipe sur les situations rencontrées afin d'adapter au mieux les pratiques professionnelles en fonction du public accueilli,
- L'écoute des besoins et le soutien y compris lors des périodes d'hospitalisation,
- L'accès à un espace de parole propice à l'expression des affects en lien ou non avec les conséquences de la maladie : angoisse, douleur, pertes... Il permet également d'évoquer le rapport au corps médical, parfois complexe voire ambivalent.
- L'orientation vers un suivi adapté avec l'adhésion de sa personne en adéquation à son projet.

- **La coordination socio-éducative**

Les deux travailleurs sociaux travaillent au côté de la personne, les objectifs élaborés lors de son contrat de séjour. La coordination peut se découler comme suit :

- Faciliter l'accès aux droits et l'actualisation des démarches administratives,
- L'aide à l'élaboration d'un projet de vie,
- L'aide à l'élaboration d'un projet d'insertion professionnelle adapté aux aptitudes et compétences de la personne (formation professionnelle, élaboration du CV et d'une lettre de motivation...)
- L'aide à l'accès au logement en s'appuyant sur les réseaux existants, ainsi que sur les ressources des personnes pour les faire évoluer,
- L'accompagnement vers les dispositifs d'insertion ou vers les établissements Médicaux-Socio adaptés pour les personnes avec une RQTH ou une orientation vers un ESAT.
- L'accompagnement de la personne vers l'atteinte d'une meilleure estime d'elle-même, via une écoute de ses besoins mais également un maintien de ses compétences et un travail autour de son autonomie quotidienne et leur capacité à habiter.
- L'accompagnement physique en lien avec les démarches administratives ou les rendez médicaux afin de faciliter la compréhension par la personne.
- La proposition d'ateliers thérapeutiques visant à développer les capacités de chacun en permettant une ouverture sociale et culturelle.

- **L'articulation de l'accompagnement médico-psycho-social**

L'équipe des LHSS de l'ANEF intègre la définition de l'éducation thérapeutique du patient de l'OMS « *l'éducation thérapeutique du patient est définie comme l'aide apportée aux patients ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé, afin de conserver et/ou améliorer la qualité de vie. C'est un processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient* ».

L'accompagnement pluridisciplinaire accorde de fait une place importante aux questions de santé : acceptation de la maladie, soutien dans les démarches de soins, sensibilisation en termes de prévention.

L'articulation des versants médico-psychologique et social vise à faire prendre conscience aux résidents de leurs capacités, à s'impliquer dans la vie sociale et citoyenne et à leur permettre d'accéder à une certaine autonomie.

La dynamique de travail en équipe permet :

- De définir lors des réunions de service la répartition des tâches selon les priorités et l'organisation du travail interdisciplinaire,
- La sécurité et l'assurance de la constance dans la prise en charge,
- Le partage entre professionnels des compétences acquises par l'ancienneté et/ou la diversité des expériences professionnelles.

Tous les professionnels sont amenés à se retrouver sur des temps communs d'interventions permettant un partage des problématiques médicales sociales et psychologiques, notamment lors de la réunion hebdomadaire.

La réunion hebdomadaire se déroule en 3 temps :

- Un temps lié aux commissions d'admission,
- Un temps de synthèse des situations,

- Un temps d'organisation du service et d'informations diverses.

3.4 Les moyens matériels : locaux, bureau, véhicule

Le bâtiment de l'ANEF CANTAL situé au 46 Rue du Cayla est à destination de la halte de nuit et des Lits Halte Soins Santé. Le service est situé au rez de chaussée et est adapté aux personnes à mobilité réduite de par ses rampes d'accès. Il se compose de 4 chambres individuelles, équipée d'un WC et d'un point d'eau. Une chambre PMR attenante à halte de nuit peut être mise à disposition pour les LHSS lors d'un accueil d'une personne à mobilité réduite. A cela s'ajoute une salle d'eau et une cuisine commune. Le service prend en charge la nourriture ainsi que les produits d'hygiène, en effectuant des courses pour les résidents.

Les LHSS sont également dotés d'une infirmerie pour le stock des traitements des résidents, ainsi que la pharmacie du service. Cette pièce peut également servir lors des consultations médicales et des soins. Un bureau est équipé d'un poste informatique et permet de stocker les dossiers médicaux et sociaux des résidents, ainsi que les dossiers archivés. Le service est aussi pourvu d'un téléphone portable, ce qui lui permet de bénéficier d'une ligne directe. Un véhicule de type Bipper est mis à disposition des services LHSS et ACT. En cas de besoin un véhicule plus grand peut être emprunté par l'équipe.

3.5 De la demande d'admission à l'accueil

Le service des LHSS a un dossier de demande d'admission composé en deux parties : un volet social et un volet médical. Lorsqu'une place se libère dans le service, l'équipe en informe le réseau partenarial.

En amont d'une demande, le prescripteur prend généralement contact avec le service pour s'assurer de la disponibilité de la place et succinctement vérifier que le profil de la personne peut correspondre au service. En cas de refus d'admission, une notification est partagée pour expliquer la décision et proposer des orientations plus adaptées à la situation.

3.6 Focus lié aux statistiques de 2018 à 2023 : description du public accueilli

Sur les cinq dernières années, le service de la PASS du Centre Hospitalier Henri Mondor à Aurillac a été le prescripteur prioritaire.

Concernant la situation des personnes à leur arrivée, il est à noter que la majorité voire toutes les personnes accueillies étaient sans domicile. Nombre d'entre elles n'avaient aucune ressource au moment de l'admission. Cela s'explique par le fait que le service est sollicité pour des personnes en situation d'errance et de grande précarité. Pour plus de la moitié d'entre eux, aucune évolution positive en termes d'accès à des ressources a pu se faire durant la prise en charge principalement lié au fait que les personnes étaient déboutées d'une demande d'asile. Les personnes orientées sont majoritairement âgées de 40 à 45 ans. Les personnes de moins de 30 ans ont très peu sollicité le service.

La majorité des demandes concernent des hommes puisque sur les 5 dernières années d'activités le service n'a accueilli que 5 femmes pour 30 hommes.

Au sujet des durées d'accompagnements, nous pouvons noter que la moyenne est de 2 mois et demi pour les années 2018, 2019 et 2022. En 2020 et en 2021 les durées de prises en charge ont été plus longues en lien avec la crise sanitaire COVID. En effet, l'équipe a rencontré des difficultés à pouvoir orienter les résidents vers des dispositifs adaptés.

Au niveau médical, nous constatons que sur l'année 2022 il y a eu une forte augmentation des pathologies gastro hépatiques alors qu'en 2018-2019 les pathologies prépondérantes étaient : la dermatologie et les maladies cardio-vasculaire.

Il nous est permis de constater que la pathologie psychiatrique est largement prédominante au sein du public LHSS. Nous constatons également que la majorité des résidents souffrent de conduites addictives et plus de la moitié d'entre eux d'une autre pathologie psychiatrique associée.

IV. L'accompagnement au plus près des besoins de la personne

4.1 Le projet personnalisé

Chaque personne accueillie élabore au côté de l'équipe son projet personnalisé pour mettre en lumière les priorités de la personne et évaluer ses ressources et ses besoins. En complément, la personne accueillie a en sa possession à son arrivée (article 3114-4 du CASF circulaire du 24/03/04), les informations suivantes :

1. Le livret d'accueil

Il donne des repères à la personne accueillie et garantit l'exercice effectif des droits. Il est un outil de prévention de la maltraitance incluant :

- Une charte des droits et des libertés de la personne accueillie
- Un règlement de fonctionnement de l'établissement

2. La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Elle pose :

- le principe de non-discrimination
- le droit à un accompagnement adapté
- le droit à l'information
- le principe du consentement éclairé et du libre choix
- le droit à la renonciation
- le droit au respect des liens familiaux
- le droit à la protection
- le droit à l'autonomie
- le principe de prévention
- le droit à l'exercice des Droits Civiques
- le droit à la pratique religieuse
- le respect de la dignité

3. Le contrat de séjour

Il détermine les objectifs, la nature de l'accompagnement et les détails de prestations proposées.

Il est complété dans les jours qui suivent l'accueil de la personne et peut être réévalué à tout moment, si la situation de la personne le nécessite.

Il va permettre de définir les engagements réciproques de l'établissement et du résident au cours de son séjour. C'est un outil d'information tendant à éclairer le consentement du résident sur les modalités et la portée de sa prise en charge sociale et médico-sociale.

4. Le Conseil de la Vie Sociale

L'effectif du collectif LHSS et la durée de séjour trop brève ne permettent pas d'envisager la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale toutefois des réunions du collectif sont organisées tous les deux mois environ, animées par la cheffe de service et un membre de l'équipe. Un ordre du jour est établi par l'équipe et soumis aux personnes accueillies afin de le compléter. Un compte rendu est ensuite rédigé et affiché dans les espaces communs.

Lors de ce temps d'échange, les résidents partagent leur avis et peuvent faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement notamment l'organisation intérieure et la vie quotidienne ; les activités ; le règlement de fonctionnement.

5. Le Règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement a pour finalité de poser les règles de l'organisation interne d'une structure et de constituer un cadre de référence des droits et des devoirs de chacun. Il définit ainsi les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

Les personnes accueillies vont être conviées à coconstruire le règlement de fonctionnement avec l'équipe.

Effectivement, c'est un outil qui se veut évolutif et participatif pour être en accord avec la réalité des problématiques rencontrées.

6. Le projet d'établissement ou de service

Il définit les axes principaux de l'organisation institutionnelle. Il est révisé tous les cinq ans.

4.2 Les ateliers thérapeutiques

L'équipe médico-psycho-sociale a élaboré une réflexion afin de proposer des ateliers thérapeutiques correspondant aux problématiques des personnes accueillies. L'équipe a souhaité travailler sur les comportements et les conduites des usagers pour proposer un accompagnement individualisé et centré sur la personne accueillie. Les objectifs principaux sont d'amener les personnes à acquérir des compétences, une meilleure image d'elle-même et créer du lien. Ces activités, se mettent en œuvre selon les appétences et les possibilités de chacun, de façon individuelle ou collective. Ces ateliers ont pour objectifs d'amener les personnes à sortir d'un isolement social et/ou de se réapproprier, transmettre ou encore révéler des compétences et savoir-faire. L'activité reste un support à la relation et à la valorisation des ressources personnelles de chaque individu. Elle est toujours proposée en fonction des demandes, souhaits et besoins des personnes accueillies.

Atelier cuisine : l'objectif est de travailler autour des conduites alimentaires des résidents afin de favoriser l'accès à un rééquilibrage alimentaire. Dans le cadre de la promotion à la santé, il est primordial d'amener les résidents à faire le lien entre leur santé et leur hygiène alimentaire. Ainsi nous avons développé plusieurs objectifs de travail comme :

- Comprendre comment les conduites alimentaires peuvent prévenir certaines pathologies ;
- Savoir adapter son alimentation à sa pathologie ;
- Développer ses savoirs faire en cuisine afin de varier et équilibrer les menus ;
- Travailler autour des compétences et développer les potentialités de la personne ;
- Développer les savoirs être et savoirs de la personne : ouverture d'esprit, travailler la relation à l'autre, faire preuve de respect envers soi-même et/ou les autres ;
- Savoir tenir propre et rangée la cuisine après les ateliers

Ateliers culturels : les questions d'accès à la culture et à la citoyenneté nous semblent prioritaires. L'objectif est de proposer des activités dites de socialisation.

Ces activités peuvent prendre différentes formes, au travers d'expositions, de visites de musée, de sorties au cinéma, d'activités centrées sur les arts manuels, la musique, de sorties spectacles...

La culture est un médiateur social et parfois permet de révéler une compréhension de certaines problématiques. L'équipe tente de développer son réseau afin de diversifier les supports à l'accès à la culture. Actuellement elle travaille avec le musée d'art et d'archéologie, le Conservatoire de Danse et de Musique d'Aurillac, le théâtre et le dispositif DAHLIR.

Ateliers autour de la médiation animale : l'objectif est d'utiliser l'animal comme médiateur ce qui permet de libérer la parole de la personne. Le contact avec les animaux permet d'éveiller de multiples sens (toucher, odorat, vue). De plus, le contact avec les animaux a des vertus apaisantes et procure une sensation de bien-être physique et psychologique, cela permet de diminuer le stress et de favoriser l'estime et la valorisation de soi.

L'équipe travaille avec un nouveau partenaire : L'Ecole Départementale d'Equitation d'Aurillac.

Atelier activité sportive : l'objectif est la découverte de l'activité sportive pour le bien être mental, psychique et physique. Il paraît essentiel de permettre au public de pratiquer une activité physique. L'axe peut être également de rompre l'isolement social. Il reste important pour l'équipe de travailler grâce au sport l'axe de la santé en sensibilisant les personnes sur leur pathologie et de les aider à trouver un mieux-être. De plus, l'activité sportive peut permettre la découverte de lieux et d'espace, la recherche d'un épanouissement personnel à travers une activité et enfin permet de rythmer son quotidien.

Depuis 2022, le partenariat avec le DAHLIR permet de proposer des séances collectives sportives 1 fois par semaine avec deux autres services de l'ANEF CANTAL : le CHRS et le Maison Relais. L'objectif après 8 séances collectives est de débiter un parcours personnalisé pour un abonnement en salle de sport ou en club selon l'activité sportive qui correspond à la personne.

Atelier jeux de société / atelier mémoire : les personnes accueillies présentent régulièrement des troubles de la mémoire. L'équipe a réfléchi à des outils et support pour accompagner les résidents à travailler par le biais de jeux ludiques, leur mémoire. Cet atelier peut être individuel ou collectif en fonction des besoins et des souhaits.

4.3 Favoriser l'auto-détermination

L'auto-détermination se définit comme *"l'ensemble des habilités et des aptitudes chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indus"* (Wehmeyer, 1996 traduit par Lachapelle et Wehmeyer, 2003)

La priorité est d'informer, orienter les personnes accueillies pour la connaissance de leurs droits et devoirs et d'accéder à ces derniers dans les situations de non-recours. L'équipe accompagne également les personnes à mettre des mots sur leurs besoins, envies et compétences. Pour favoriser l'autodétermination, il est donc important de prendre en compte l'ensemble de l'environnement.

L'équipe peut apporter une aide aux personnes pour se fixer des objectifs, prendre des décisions, développer sa capacité à vivre de manière indépendante, répondre à ses besoins, développer ses compétences sociales.

Deux fois par an les personnes se voient remettre un questionnaire de satisfaction. Ce questionnaire est dépouillé et fait l'objet d'une analyse communiquée aux personnes accueillies. Les retours des résultats est présenté en COPILO Qualité de l'ANEF CANTAL.

Les résultats sont des indicateurs qui permettent d'évaluer et harmoniser les pratiques professionnelles. Les réponses apportées par l'institution en suite du dépouillement des questionnaires sont partagées avec les personnes accueillies.

4.4 Adapter les pratiques professionnelles

L'équipe pluridisciplinaire doit être vigilante à rendre le règlement souple afin de s'adapter aux difficultés de chacun, tout en garantissant la tranquillité de tous sur le collectif.

En fonction des capacités des personnes et des objectifs fixés dans le projet personnalisé, le positionnement des professionnels de l'équipe ne sera pas le même. Chaque prise en charge est individualisée au regard des besoins et souhaits de la personne en matière d'accompagnement, en restant vigilant pour une vie du collectif la plus harmonieuse possible.

L'ANEF Provence a été porteuse d'un projet « Addictions » pour harmoniser les pratiques professionnelles en structure d'hébergement concernant les pratiques addictives du public accueilli. Le Pôle Accueil Hébergement Insertion de l'ANEF CANTAL s'est inscrit dans ce projet sur deux années. L'équipe des LHSS/ACT a donc bénéficié de ces temps de formations et d'analyse pour harmoniser les pratiques professionnelles liées aux addictions. Le règlement de fonctionnement a été retravaillé au côté des personnes accueillies. Le fonctionnement interne ne doit pas exclure davantage les personnes ayant des conduites addictives. La réduction des risques est au cœur des pratiques afin d'instaurer des échanges concernant les consommations.

4.5 Développer les compétences psychosociales et pouvoir d'agir

L'organisation mondiale de la santé définit les compétences psychosociales comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidiennes.

C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

L'équipe des LHSS souhaite en soutenant le développement et l'exercice des compétences psychosociales, l'utiliser comme un levier de promotion de la santé.

Nous pensons ainsi augmenter les ressources des personnes en vue d'agir favorablement pour leur santé et leur choix de vie.

Nous visons les actions suivantes :

- Développer une communication claire et adaptée, s'initier à l'écoute active,
- Valoriser les temps informels,
- Adopter un posture professionnelles bienveillante,
- S'appuyer sur les potentialités des personnes,
- Développer des espaces collectifs afin de créer un lieu sécurisant et propice à l'expression.

V. Les modalités de l'accompagnement

5.1 Les données personnelles

5.1.1 L'objectif de la collecte des données personnelles

L'équipe des Lits Halte Soins Santé de l'ANEF Cantal s'engage à ce que la collecte des données soit strictement nécessaire pour l'exercice de l'activité, à savoir :

- Gestion administrative des personnes concernées,
- Saisie des problématiques identifiées dans le cadre de l'évaluation sociale (individuelle et familiale) des personnes en vue de leur garantir un accompagnement adapté et, le cas échéant, les orienter vers les organismes ou partenaires sociaux appropriés en fonction de leur situation,
- Elaboration et suivi du projet personnalisé d'accompagnement des personnes, conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles,
- Gestion des procédures d'aides sociales et suivi des trajectoires des personnes et des familles, plus particulièrement,
- Accompagnement et suivi des personnes dans l'accès aux droits (assistance dans les relations et les démarches à effectuer auprès des personnes ou services compétents, domiciliation des personnes sans domicile stable),
- Accompagnement et suivi éducatif et budgétaire des personnes et de prévention du surendettement,
- Gestion des demandes d'hébergement et d'accès ou maintien en logement,
- Organisation et suivi des parcours d'insertion sociale et professionnelle,
- Echange et partage d'informations entre les intervenants sociaux, médicaux et paramédicaux des informations strictement nécessaires permettant de garantir la coordination et la continuité de l'accompagnement et du suivi des personnes,
- Etablissement de statistiques, d'études internes et d'enquêtes de satisfaction aux fins d'évaluation des activités, de la qualité des prestations et des besoins à couvrir,
- Gestion financière et comptable du service.
- Suivi de l'exécution des décisions judiciaires pénales restrictives ou privatives de liberté par les organismes habilités.

5.1.2 La conservation des données

L'ANEF garantit que seuls les salariés habilités ont accès aux données personnelles.

L'ANEF s'engage à ce que les personnes accueillies puissent accéder à leurs données, les rectifier, s'y opposer le cas échéant. Au départ de la personne le dossier peut être récupéré par cette dernière. Les informations sont conservées deux ans à compter du dernier contact avec la personne.

Lorsqu'il existe un recours contre un tiers ou un contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive. En cas de décès de la personne, les données du dossier social peuvent être supprimées.

Les données collectées et traitées pour les besoins du suivi médical doivent être conservées pendant minimum 20ans. En cas de décès cette durée est abaissée à 10ans à partir de la date du décès.

Les justificatifs recueillis, y compris sous format papier, qui n'ont plus d'utilité, soit parce qu'ils sont trop anciens pour justifier de la situation de l'usager, soit parce que le dossier pour lequel ils ont été demandés est constitué, doivent être détruits. Dans tous ces cas de figure, les données des dossiers sociaux et médicaux font l'objet d'une destruction sécurisée. Les dossiers détruits sont répertoriés dans un tableau de suivi de destruction.

5.2 Le dossier de l'usager

Le dossier informatisé

Dans le cadre de l'élaboration des documents ayant vocation à faire partie du dossier de l'usager, les professionnels utilisent des ordinateurs portables ou fixes. Ces ordinateurs demeurent dans l'établissement et ne sont pas utilisés à l'extérieur de celui-ci. Par ailleurs, l'ANEF Cantal utilise un logiciel qui permet une gestion informatisée des dossiers, conformément aux directives du RGPD. La partie relative aux données personnelles est saisie par l'équipe et seule l'équipe dispose d'un droit d'accès à ces données. De plus, les fichiers informatiques sont protégés par un mot de passe et les droits d'accès sont établis en fonction de la mission de chacun. Chaque salarié dispose d'un accès restreint en fonction de son domaine de compétences. La partie informatisée est consultable sur place, aucune copie informatique des pièces du dossier n'est autorisée.

En complément du dossier informatisé de l'usager et des notes de suivi, les différentes pièces relatives au suivi de la personne sont matérialisées dans :

Le dossier social

Un dossier papier est constitué. Il est rangé dans le bureau médico-social fermant à clé.

Le dossier social comporte les copies des documents administratifs ; la demande d'admission et le contrat de séjour et tous les documents nécessaires à la prise en charge des personnes

Le dossier médical et para-médical

Il est constitué par le médecin coordonnateur et l'infirmier pour chaque résident. Il est stocké dans une armoire fermant à clé, dans le bureau médico-social des LHSS. Il est composé du volet médical du dossier d'admission, des comptes rendus médicaux transmis par les différents médecins intervenants auprès de la personne, des résultats biologiques et d'examens, les notes de suivi infirmier et médical, les différentes ordonnances. Un double de l'attestation de sécurité sociale et de la carte de mutuelle.

Ce dossier est accessible au résident selon les conditions fixées au règlement de fonctionnement des LHSS. A la sortie du dispositif des LHSS le dossier patient (dossier social, médical,) est archivé dans une armoire fermée à clef dans une salle prévue à cet effet et sous la responsabilité de la directrice.

La tenue des dossiers s'inscrit dans l'amélioration continue de la qualité des services.

5.3 Secret professionnel

La collaboration entre professionnels des secteurs de la santé et du médico-social, est encadrée par la loi du 26 janvier 2016. Cette loi fixe les conditions de l'échange et du partage entre des professionnels de santé et des non professionnels de santé relevant du champ médico-social et social en modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Le texte dispose que toute personne prise en charge par un professionnel du secteur médico-social ou social a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Il s'agit là d'une condition nécessaire mais suffisante pour que différents professionnels puissent partager et échanger entre eux des informations relatives à la personne qu'ils prennent en charge.

Le II de l'article L.1110-4 précise qu'un « *professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés, des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social ou social* ». Le principe du partage est ainsi légalisé par cette

disposition. Pour autant, les conditions de ce partage dépendent de la question de savoir si les professionnels appartiennent ou non à la même équipe de soins.

Le III du même article dispose que « *lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins (...) ils peuvent partager des informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi social ou médico-social* ». Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Dans l'hypothèse où les professionnels appartiennent à la même équipe de soins, il n'y a pas lieu de recueillir le consentement du patient ou de l'utilisateur. En revanche, si les professionnels n'appartiennent pas à la même équipe de soins, alors le consentement du patient ou de l'utilisateur aux échanges d'informations est nécessaire.

Le législateur a ainsi défini le périmètre et la notion d'équipe de soins. Il s'agit d'un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient, à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap... ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et non professionnels de santé sont définies par l'article R.1110-2 du code de santé publique introduit par un décret en Conseil d'Etat du 20 juillet 2016. Sont notamment considérés comme professionnels de santé, et ce quelque-soit le mode d'exercice (libéral, salarié), les médecins, infirmiers, aides –soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens. Est également référencé, un ensemble de non professionnels de santé comme les assistants de service social, psychologues, aides médico-psychologiques, assistants familiaux, mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

Pour être conforme aux conditions réglementaires, le partage ou l'échange d'informations doit porter sur les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, de la prévention ou au suivi médico-social ou social de l'intéressé. Par ailleurs, il doit s'exercer dans le respect du périmètre des missions de chacun.

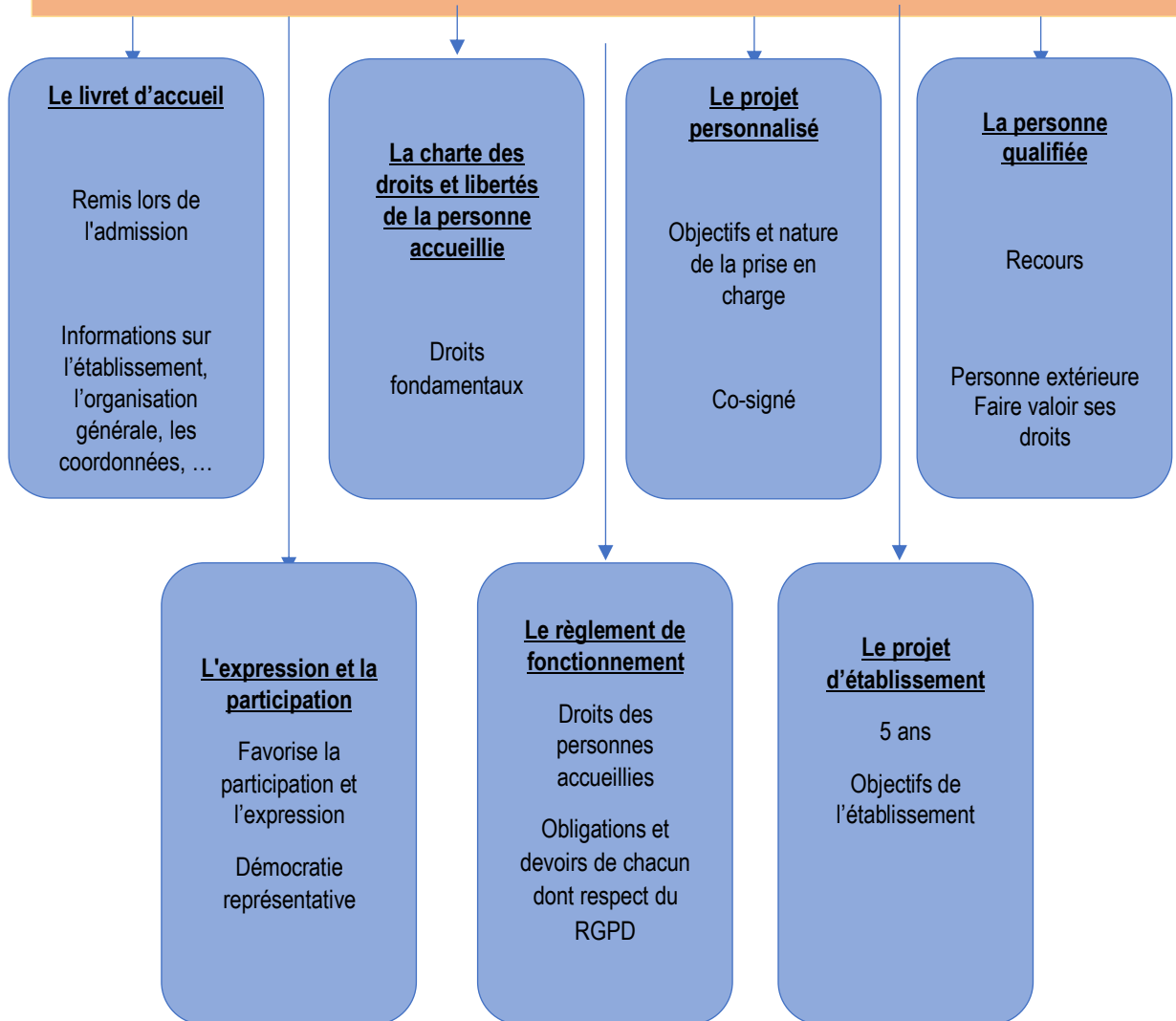
L'information préalable de la personne concernée est obligatoire. La loi donne une possibilité à l'utilisateur de s'opposer à tout échange et partage d'informations.

5.4 Le droit des usagers

La personne accueillie est avisée que les éléments portés au dossier ainsi que les réponses au questionnaire de satisfaction annuelle sont traités par informatique à l'usage exclusif de l'équipe des LHSS et dans le strict respect du secret médical. L'équipe répond de l'application du RGPD et notamment du pack conformité AU-048 de la CNIL.

Droits des usagers :

Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, le libre choix, le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, la confidentialité, l'accès aux informations personnelles, l'information, la participation sont mis en œuvre à travers différents documents.



VI. Préparer la sortie et le travail partenarial

6.1 Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours de soins

Théoriquement, les objectifs travaillés lors de l'admission permettent de préparer au mieux le projet de vie de la personne à la sortie des LHSS. En fonction des besoins, l'équipe active le réseau partenarial pour proposer un étayage adapté selon les besoins et attentes de la personne. L'anticipation est alors essentielle dans les transitions.

Dans certains cas, la fin de prise en charge peut être à l'initiative du résident ou encore décidée par l'équipe liée au non-respect du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement. Le résident a alors un mois pour libérer les lieux.

En cas de mise en danger de la structure ou des personnels, l'exclusion peut être immédiate.

Le résident peut être orienté vers le SIAO qui pourra le cas échéant proposer une autre orientation.

6.2 Le réseau partenarial

Concernant les addictions, l'équipe travaille avec les deux associations du département pour renforcer l'accompagnement spécifique aux consommations addictives. L'axe prioritaire est de créer du lien avec les centres hospitaliers, les médecins généralistes de l'arrondissement d'AURILLAC ainsi que les spécialistes (dentistes, kinésithérapeutes, ophtalmologue, ...).

Concernant le suivi social, l'équipe reste en lien avec le prescripteur qui peut être le Conseil départemental, le DAC 15, les associations tutélaires, le SPIP, les services ANEF et des autres associations.

Les conventions partenariales ne sont pas systématiques. Lors de la création des LHSS, l'ANEF Cantal a conventionné avec :

- La vitrine médicale au titre de l'élimination des DASRI,
- Le laboratoire médical SYLAB,
- Une convention de partenariat avec les CSAPA du territoire est en cours d'élaboration,
- Une convention avec le cabinet d'infirmière MAGNE-RANCILHAC et la Croix Rouge
- Le SPIP du CANTAL dans le cadre d'une place de placement extérieur sur les LHSS ou ACT.

VII. Les éléments du rapport d'activité

Le rapport d'activité annuel qui sera adressé à l'ARS recensera les indicateurs suivants :

- Taux d'occupation mensuel
- Nombre de demandes d'admission et refus éventuels
- Partenaires orienteurs
- Délai de réponse moyen entre la demande et l'entrée sur le dispositif
- Nombre d'entrées à l'année/Nombre de sorties
- Durée moyenne de séjour
- L'âge moyen des personnes accueillies
- Type de pathologies les plus régulièrement observées
- Situation familiale des personnes accueillies
- Situation professionnelle à l'entrée et en sortie de dispositif
- Ressources principales à l'entrée et en sortie
- Situation au regard du logement à l'entrée et en sortie
- Situation au regard de la couverture santé à l'entrée et en sortie
- Nombre d'actions menées en termes d'ouverture de droits à l'assurance maladie de base et complémentaire
- Nombre d'actions menées en termes de régularisation de la situation administrative : renouvellement de titre de séjour, de pièces d'identité, transfert de dossiers CAF, Sécurité sociale, régularisation de situation au regard de l'ancien logement avant l'entrée sur le dispositif, régularisation de situation au regard des impôts
- Demande de reconnaissance auprès de la MDPH
- Demande d'invalidité
- Accompagnement à la recherche d'emploi
- Actions en direction du maintien dans l'emploi

- Travail sur la gestion du budget : dossier de surendettement, mesures de protection,
- Accès aux loisirs
- Actions menées en direction de l'éducation thérapeutique du patient
- Activités physiques adaptées
- Recherche de logement, demande d'accompagnement dans le logement
- Attentes et besoins exprimés par les personnes accompagnées

7.1 La démarche qualité

L'ANEF Cantal applique la définition de la recommandation de bonne pratique professionnelle de l'ANESM : "*La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance*". La circulaire DGCS (Direction générale de la cohésion sociale) du 20 février 2014 est également l'un des outils utilisés au titre de la sensibilisation des équipes. Les équipes sont sensibilisées à travers des actions de formation régulièrement organisées.

L'établissement s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité, et questionne de manière continue le respect de ces principes.

Le COPIL Qualité permet de travailler en amont de l'évaluation grâce à différents outils dont SYNAE afin d'être sensibilisés et attentifs à l'évaluation des pratiques continuellement.

La démarche qualité est structurée au niveau associatif par un comité de pilotage qualité qui se réunit une fois par mois.

Chaque établissement et service autorisés dispose d'un référent qualité membre de droit du COPIL tout comme les cadres de l'association.

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) constituent un socle de repères sur lesquels les LHSS se doivent de s'appuyer.

Un registre de réclamations et d'incidents est mis en place. La procédure prévoit une analyse de l'incident en comité de pilotage Qualité.

De plus, les questionnaires de satisfaction distribués aux personnes accueillies sur l'année, permettent à l'équipe d'avoir des retours souvent constructifs pour revoir les bonnes pratiques de l'équipe et prendre en compte les attentes du public pour s'adapter au mieux au quotidien.

L'ANEF Cantal envisage d'adhérer à la Fédération Nationale d'Hébergement VIH et autres pathologies afin de profiter des actions y compris de formation qu'elle met en œuvre à destination des professionnels et des résidents qui seront à même de répondre aux besoins de formations spécifiques : pratiques addictives, troubles neuro-cognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement de fin de vie...

Les entretiens annuels d'évaluation et les entretiens professionnels qui sont réalisés pour leur part tous les deux ans permettent aux professionnels d'exprimer leurs besoins de formation. Dans la mesure du possible, des mutualisations sont recherchées avec les autres ANEF AURA dans le but de promouvoir une analyse des pratiques.

Dans une dynamique de gestion de situations complexes, et notamment pour préserver le respect des principes d'une logique de bientraitance, l'équipe des LHSS-ACT a accès à des temps d'analyse de la pratique professionnelle. Les équipes de l'ANEF se voient proposer des temps d'analyse des pratiques professionnelles (APP) à hauteur de 6 séances par an d'une durée de deux heures par séance. Ce temps est mutualisé entre les services ANEF de l'axe santé du pôle AHI. Les professionnels sont en effet régulièrement confrontés à des questionnements éthiques. Le temps d'analyse de la pratique permet de réaliser les ajustements qui sont à trouver pour articuler au mieux les impératifs juridiques et déontologiques auxquels les professionnels sont soumis. Pour les professionnels qui interviennent sur les LHSS et les ACT, les temps d'analyse de la pratique permettent par exemple et ce, entre autres sujets, d'aborder les tensions et enjeux éthiques que représentent par exemple : le respect de la volonté de la personne et l'impératif d'intervention ou encore le principe de la nécessité du partage de l'information et le devoir de confidentialité.

7.2 Une démarche qualité qui intègre la dimension de la gestion des risques

La structure a élaboré un classeur de procédures qui a vocation à rassembler les différents protocoles relatifs à la gestion des risques, il contient notamment :

- Procédure relative au signalement des événements indésirables en lien avec la prise en charge et la sécurité des usagers, le fonctionnement et l'organisation de l'établissement,

PROCEDURE N°1 Précautions standards – mesures barrière

PROCEDURE N°2 Précautions complémentaires

PROCEDURE N°3 Conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES)

PROCEDURE N°4 Entretien des locaux et de l'environnement L.H.S.S.

Fiche de relevés des températures d'une chambre froide / Fiche d'entretien d'une chambre froide

PROCEDURE N°5 Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO)

PROCEDURE N°6 Infections Associées aux Soins (IAS)

PROCEDURE N°7 Gestion des épidémies

PROCEDURE N°8 Cas de grippe

PROCEDURE N°9 Canicule

PROCEDURE N°10 Conduite à tenir en cas de légionellose nosocomiale

PROCEDURE N°11 Cas de gale

ANNEXES AUX PROCEDURES

Schéma de signalement A.R.S.

Fiche repère de signalement en E.S.M.S.

Formulaire A.R.S. de signalement des événements indésirables

GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE

Fiche d'aide à la prise des traitements

DLU L.H.S.S.

Procédure d'alerte des services d'urgence

Fiche des numéros d'urgence

RELATION AVEC LES USAGERS

Fiche de désignation de la personne de confiance L.H.S.S.

Fiche d'orientation après diagnostic médical en L.H.S.S.

Fiche de renouvellement de l'orientation après diagnostic médical en L.H.S.S.

Attestation de refus de soins L.H.S.S.

VIII. Perspectives d'évolution, objectifs d'évolution, de progrès et de développement

Des réajustements sont à revoir continuellement pour réduire les écarts entre la théorie et les pratiques professionnelles.

Fiche action 1

Révision des outils de la loi 2002-2 dans la continuité de la révision du projet d'établissement

Objectif	Réactualiser les outils 2002.2					
Contextes)	<p>Les outils de la loi 2002.2 demandent à être réajustés en lien avec l'évolution à la fois des publics et des pratiques professionnelles. Ce chantier aura pour objectif de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'accompagnement de la personne afin qu'il réponde au plus près à ses attentes, - Consolider une démarche qui favorise une co-construction déterminée par une reconnaissance mutuelle, - Optimiser l'organisation de l'établissement pour qu'il réponde aux besoins des publics. <p>Le COPIL qualité de l'ANEF du Cantal sera associé tout au long de cette démarche.</p>					
Finalité(s)	Articuler les outils au projet d'établissement en adéquation avec l'évolution de l'activité					
Périmètre	Equipe, COPIL qualité					
Pilote	Direction et chef de services Pôle AHI-Axe Santé					
Equipe	Intégralité de l'équipe					
Modalités de réalisation de l'Action	<p>Sous-action → Adaptation du règlement de fonctionnement et outils à destination des usagers</p> <p><i>Les outils : règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour et les réunions du collectif seront révisés afin d'intégrer les évolutions du projet.</i></p>	N 2024	N+1	N+2	N+3	N+4
		X	X			
Moyens	Mobilisation de temps humain, Organisation, préparation et animation des réunions, Bilans, évaluation et synthèses.					
Indicateur(s) de suivi	<p>Nombre de réunions et de rencontres Nombre de groupes de travail de l'équipe Réunion de service et présentation des outils en COPIL Qualité Réunions et ateliers d'expressions avec les usagers Rencontres et échanges avec les partenaires Actualisation des outils de la loi 2002.2</p>					

Indicateurs de résultats.

- Partage des nouveaux outils 2002-2 auprès du public et des partenaires
- Recueil et analyse des questionnaires de satisfaction.

Fiche action 2

Mieux préparer la sortie des personnes accueillies pour éviter les ruptures

Objectif	Accompagner la sortie pour favoriser la continuité des parcours, Permettre aux personnes accueillies d'être actrices de leur projet de vie, Mobiliser le partenariat et les ressources externes pour soutenir la personne dans son projet de vie après les LHSS pour éviter les ruptures,					
Contexte	<p>Les LHSS proposent à chaque personne accueillie de pouvoir remplir un questionnaire de satisfaction pendant leur prise en charge. Ce questionnaire a vocation à analyser le travail fait et en améliorer les conditions d'accueil des personnes.</p> <p>Depuis deux ans, nous notons un pourcentage important de personnes qui nomment ne pas être suffisamment accompagnées vers leur projet de vie future.</p> <p>Il faut ainsi réadapter notre cadre d'intervention afin d'accompagner au mieux les personnes dans leurs projets.</p>					
Finalité(s)	Permettre à l'utilisateur d'avoir l'ensemble des informations sociales et médicales nécessaires à la continuité de son parcours, Développer une pratique de l'anticipation dans les transitions, ainsi que les projets personnalisés pour préparer les sorties.					
Périmètre	Le service des LHSS, le COPIL qualité					
Pilote	Direction et chef de services Pôle AHI-Axe Santé					
Equipe	Intégralité de l'équipe					
Modalités de réalisation de l'Action	Calendrier	N (2024)	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-Action <u>Utiliser le projet personnalisé pour préparer la sortie :</u> Élaboration d'un document de renouvellement d'accompagnement en vue d'une sortie, avec un calendrier des actions à mener Création d'un document support à la transmission des informations médico-psycho-sociales, auprès des intervenants extérieurs Assurer une transmission efficiente des informations en organisant des réunions de synthèse avec la personne et les partenaires Établir un suivi régulier avec la personne afin d'assurer une continuité de suivi S'appuyer sur les pairs ayant connu des parcours similaires pour apporter des réponses concrètes aux questionnements.	X				

Moyens	Équipe pluridisciplinaire
Indicateur(s) de suivi	Nombre de questionnaire de satisfaction remplis et retours faits sur ce point pour noter une évolution
Indicateurs de résultats	Améliorer le taux de satisfaction des personnes accueillies Nombre de projet après les LHSS aboutis

Fiche action 3

**Améliorer la compréhension des pathologies ainsi que les consultations médicales sur site.
Favoriser le travail de prévention et d'éducation thérapeutique du patient**

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les lacunes spécifiques dans la communication des informations médicales aux patients. - Développer et intégrer des supports pédagogiques complémentaires pour renforcer la compréhension des patients. - Optimiser les consultations médicales sur site et l'accompagnement paramédical aux consultations extérieures. - Collecter les retours des patients avec un système régulier de collecte de feedback concernant leur compréhension de la pathologie et la qualité des consultations. - Former le personnel soignant (médecin, infirmier, psychologue) à l'éducation thérapeutique du patient. 					
Contexte	Retour des questionnaires de satisfactions sur les deux années qui viennent de s'écouler. Il a été constaté que trois patients ont exprimé des insatisfactions concernant la qualité des explications médicales relatives à leurs pathologies. Bien que ces retours ne soient pas détaillés, ils mettent en lumière un besoin d'améliorer la communication et l'éducation des patients.					
Finalité(s)	Les usagers bénéficient d'une amélioration de la qualité des soins prodigués. Cela inclut une meilleure compréhension de leurs pathologies grâce à des explications claires et accessibles, ce qui renforce leur capacité à participer activement à leur propre prise en charge médicale. L'accès à l'information médicale adaptée et personnalisée leur permet de mieux gérer leur santé au quotidien.					
Périmètre	Le service des LHSS					
Pilote	Direction et chef de service					
Equipe	Intégralité de l'équipe					
Modalités de réalisation de l'Action	Calendrier	N (2024)	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-Action <u>Actualisation et adaptation du contrat de séjour</u> Mener des entretiens infirmiers réguliers avec les patients pour identifier les points de confusion ou les lacunes dans la compréhension des informations médicales fournies, au travers de l'actualisation et l'adaptation du contrat de séjour.	x				
	Sous-Action. <u>Formations</u> → Organiser des sessions de formation pour le personnel sur les techniques de communication. → Former le personnel soignant à ETP (<i>l'Education Thérapeutique du Patient</i>) → Former le personnel à l'éducation à la Santé (intervention IREPS)	x	x	x	x	x
	Sous-Action <u>Création de supports pédagogiques</u> Utilisation ou création de supports pédagogiques variés et instauration d'un système de feedback des patients sur l'utilité des supports	x	x			

	<p>Sous-Action <u>Création d'un espace médical</u> Travaux de l'infirmier permettant d'augmenter sa surface de travail médical.</p>	X	X			
	<p>Sous-Action <u>Planning des RDV médicaux</u> Mettre en place un planning de RDV médical formalisé hebdomadaire pour chaque patient avec le médecin du service</p>	X				
	<p>Sous-Action <u>Améliorer la communication avec les professionnels extérieurs (PASS, spécialiste, APT)</u></p>					
	<p>Sous-Action <u>Création d'ateliers thérapeutiques</u>, répondant aux problématiques et besoins des personnes accueillies dans le service.</p>	X	X	X		
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux adaptés pour les entretiens infirmiers - Contacts téléphoniques ou mails avec professionnels extérieurs. - Formation à la communication, et réalisation des 40 heures de formation à l'éducation thérapeutique - Travail en collaboration avec l'IREPS - Création d'un support (numérique et papier) pour notifier le rdv avec le médecin du service. 					
Indicateur(s) de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'entretiens IDE : fréquence des entretiens par patients et identification des lacunes communes dans la compréhension des informations médicales. - Taux de participation du personnel aux sessions de formations. - Questionnaire de satisfaction concis quant à l'utilisation de supports pédagogiques ou à la participation à des séances d'éducation thérapeutique. - Nombre d'ateliers thérapeutiques réalisés - Délai de réalisation des travaux de l'infirmier et évaluation de la fonctionnalité par le personnel soignant. - Nombre de rdv médicaux honorés par les patients, en ayant une heure fixe de rdv 					
Indicateurs de résultats	<p>Pourcentage de patients rapportant une meilleure compréhension de leur condition et des informations médicales après les entretiens.</p> <p>Réduction du nombre de rendez-vous manqués ou annulés : Diminution du taux d'absentéisme aux rendez-vous grâce à une meilleure organisation.</p> <p>Echelle d'auto-évaluation de la santé à intégrer au contrat de séjour, à faire à l'entrée et à la sortie du dispositif.</p>					

Fiche action 4

Promouvoir la citoyenneté des résidents LHSS, renforcer la diversité/ouverture culturelle, proposer des ateliers thérapeutiques.

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la citoyenneté des résidents LHSS, - Permettre l'accès à la culture au sens large, - Proposer des ateliers thérapeutiques, - Proposer des ateliers éducatifs et de socialisation, - Développer des compétences psychosociales. 					
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Public souvent éloigné du droit commun, souvent isolé socialement ayant besoin de prendre soin de lui et de sa santé 					
Finalité(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir l'exclusion sociale et ses effets en permettant une meilleure inclusion dans la vie sociale et plus largement dans la société - Permettre à l'usager une meilleure connaissance de ses droits - Permettre à l'usager une meilleure connaissance de soi en favorisant toujours l'auto-détermination /développer le pouvoir d'agir - Proposer ces actions en collaboration avec le service de la maison relais afin de mixer les publics et de favoriser la pair-aidance. 					
Périmètre	Les services des LHSS et ACT					
Pilote	Direction et chef de services Pôle AHI-Axe Santé					
Equipe	L'intégralité de l'équipe					
Modalités de réalisation de l'Action	Calendrier	N (2024)	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-Action	X	X	X		
	- <u>Encourager la citoyenneté</u> des personnes accueillies en participant à des discussions sur ces thématiques					
	Sous-Action	X	X	X		
	- <u>Faciliter les rencontres interculturelles</u> en développant un partenariat avec les musées, le théâtre, le conservatoire de musique et tous autres organismes qui mettent en valeur cet axe					
Sous-Action	X	X	X			
- <u>Sensibiliser le public aux "arts "</u> comme moyen d'expression						
Sous-Action	X	X	X			
- <u>Travailler sur l'éco-citoyenneté des personnes</u> , en accent notre discours sur la responsabilité individuelle des personnes envers l'environnement (réduction de notre consommation d'énergie, préservation des ressources naturelles...)						

	<p>Sous-Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir accompagner chaque personne si elle le souhaite dans <u>l'exercice de sa citoyenneté</u> : participation à la vie démocratique, respect des lois et des droits... 	X	X	X		
	<p>Sous-Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'accès des usagers à des <u>ateliers thérapeutiques</u> (sophrologie, relaxation...) dans un objectif de bien-être, collectif ou individuel 	X	X	X		
	<p>Sous-Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Faciliter l'accès à une activité sportive</u> (DAHLIR) dans un objectif d'inclusion et d'insertion professionnelle (collectif puis individuel) 	X	X	X		
	<p>Sous-Action</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Proposer des ateliers éducatifs</u> : (marche, cuisine, jeux de mémoire, jeux de société, jardinage...) dans un objectif de socialisation et de structuration du temps. 	X	X	X		
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe pluridisciplinaire - Budget pour les différents ateliers 					
Indicateur(s) de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes accueillies mobilisées sur les thématiques de la culture et de la citoyenneté. 					
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Nombres de sorties à visées culturelles et citoyennes mises en place dans l'année - Améliorer le taux de satisfaction des personnes accueillies (recueil analyse et questionnaires de satisfaction) 					

Fiche action 5

Développer un partenariat en direction des publics allophones avec les structures compétentes

Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accompagnement médico-social et la compréhension des personnes ayant un accès limité à la langue française, - Avoir accès à un dispositif d'interprétariat pour faciliter cet accompagnement 					
Contexte	Le constat de l'équipe est que nous accueillons de plus en plus de personnes étrangères ayant un accès réduit à la langue française. Ces personnes sont souvent isolées et sont éloignées du système administratif français.					
Finalité(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux personnes allophones d'accéder à leurs droits fondamentaux en supprimant la barrière de la langue, - Renforcer la compréhension des personnes accueillies, - Mieux accompagner la personne dans les démarches administratives et dans leur parcours de soins, - Favoriser le pouvoir d'agir de la personne accueillie. 					
Périmètre	Le service des LHSS					
Pilote	Direction et chef de services Pôle AHI-Axe Santé					
Equipe	Intégralité de l'équipe					
Modalités de réalisation de l'Action	Calendrier	N (2024)	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-Action - Créer un partenariat avec une structure d'interprétariat/service d'interprétariat : ➤ Interprétariat par téléphone/en présentiel/par visio-conférence/par écrits, en urgence ou immédiat	x	x			
	Sous-Action - Construire des outils adaptés à la compréhension de la personne accueillie Les outils : règlement de fonctionnement, contrat de séjour, livret d'accueil, chartre des droits et des libertés.	x	x	x		
	Sous-Action - S'appuyer sur les compétences de la personne afin de développer son autonomie					
Moyens	Solliciter le service ISM Corum autant que de besoins					
Indicateur(s) de suivi	Nombre de sollicitations					
Indicateurs de résultats	Evaluation de l'impact des prestations auprès des personnes accueillies					

ANNEXE

Processus d'élaboration du projet d'établissement LHSS 2023-2028

Séquences et étapes de l'élaboration

Le démarrage des travaux de lancement s'est effectué en juin 2023 avec l'équipe des LHSS suite aux réunions du COPIL Qualité. Un retour se fera début novembre au COPIL Qualité pour assurer un regard transversal tout au long de la démarche, les membres du COPIL qualité seront associés à la démarche.

Finalisation du document : dernier trimestre 2023

Rédactrice du PE Mathilde CASSAGNE. L'équipe a été sollicitée pour alimenter les différentes parties.

Séquences de travail nécessaires au processus d'élaboration du PE	Qui, quoi, où, comment ?
Etude portant sur l'évolution des publics depuis l'ouverture des LHSS Eléments statistiques liés au séjour des personnes accueillies. Etude statistique des modalités de sortie.	Travail de l'équipe avec les différents rapports d'activités comme bases de données.
Evaluation des objectifs fixés dans le cadre de l'évaluation	Attente du calendrier ARS pour l'évaluation
Participation des publics accueillis et accompagnés au PE dans l'élaboration de l'écriture du projet: quels sont les retours sur le fonctionnement, les besoins, les attentes et les souhaits d'évolution.	Les questionnaires de satisfaction distribués au public a permis de faire des remontées et piste de travail. Lors de la réunion du collectif LHSS début décembre 2023 le PE sera présenté dans le but de recenser d'autres remontées.
Quels sont les principes d'intervention? Comment se déclinent les valeurs portées par l'association? Promotion de l'autonomie/ protection/ promotion de la capacité des acteurs. Où se place le curseur?	Toute la période de l'écriture de PE Formations ANEF AURA APP Formations AMI ADDICTION Membres du COPIL qualité
Quelles réalités derrière les droits et obligations des personnes hébergées	Mardi 21/11 de 10h30 à 12h00 : travail sur les outils en interne avec référent AMI Addiction avec l'ensemble de l'équipe. Liens à chaque COPIL qualité puis retranscription en réunion de service.
Elaboration des fiches action	Directrice ; directrice adjointe et Chef de service, équipe Relecture en COPIL qualité

ⁱ Haute Autorité de Santé LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours