



# **SATO PICARDIE**

**PROJET D'ÉTABLISSEMENT DES APPARTEMENTS DE  
COORDINATION THÉRAPEUTIQUE**

2021-2026

## SOMMAIRE

SATO PICARDIE.....	1
Préambule.....	4
La législation.....	6
La démarche de conception du projet.....	8
Présentation de l'association.....	10
CSAPA avec hébergement : l'histoire.....	13
Le dispositif.....	16
Organigramme des structures.....	16
Implantation des structures.....	16
Chiffres clés 2014.....	16
Mise en conformité.....	16
Gestion budgétaire.....	17
Principes généraux.....	17
Charte des droits et libertés de la personne hébergée.....	18
Préalables.....	18
Les principes généraux de fonctionnement.....	19
Missions des structures.....	21
La communication.....	22
La communication interne.....	22
Le circuit de réunions.....	22
La réunion d'équipe.....	22
Les réunions transversales.....	22
La formation continue / Les colloques.....	22
L'accueil des stagiaires.....	23
La communication externe.....	23
Les Appartements Thérapeutiques Relais.....	24
Organigramme du personnel.....	25
Implantation des appartements.....	25
Le projet thérapeutique.....	25
Les objectifs.....	26
Modalités d'accès.....	26
Critères d'admission.....	27
Les conditions d'admission.....	27
Entretien préalable.....	28
Déroulement du séjour.....	29
Conditions d'usage des lieux d'accueil.....	30
Le partenariat.....	31
Perspectives.....	31
Questions autour des modalités d'accueil.....	31
Perspectives de collaboration avec le CSAPA sans hébergement pour des prises en charge communes nécessitant un hébergement temporaire de l'utilisateur.....	32
Développer le collectif vers le communautaire.....	32
La communauté thérapeutique de Flambermont.....	33
Organigramme du personnel.....	34
Le projet thérapeutique.....	34
Les objectifs.....	35
Le dispositif institutionnel.....	35

Les conditions de cette expérience de vie communautaire.....	36
Les points forts du projet thérapeutique.....	36
La procédure d'admission.....	37
Déroulement du séjour.....	39
Le partenariat.....	42
Les perspectives 2015-2020.....	42
Perspectives de l'articulation du projet thérapeutique à un projet d'insertion par l'économique pouvant le cas échéant intégrer des résidents qui ont effectué le cursus de soins et/ou qui se trouvent dans la phase de réinsertion.....	42
La place des ex-résidents au sein de la communauté.....	43
La place des familles.....	43
La citoyenneté.....	44
Perspectives communes aux deux structures 2015-2020.....	45
Consolider et développer la synergie et la collaboration de travail entre les deux structures..	45
Mutualiser les compétences, les moyens et les énergies.....	45
Avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) ..	45
Avec le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) des Compagnons du Marais.....	45
Avec le Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'hôpital général de Clermont.	45
Rapprochement avec l'association Le Mail.....	46
L'éducation thérapeutique de l'utilisateur.....	46
Améliorer la collaboration de travail avec le secteur psychiatrique.....	46
Investir le champ de l'économie sociale et solidaire.....	47
L'association « Pair'spectives ».....	47
Développer d'autres modalités de prise en charge.....	48
L'évaluation.....	49
Le rapport d'activité.....	49
La démarche qualité.....	49
L'évaluation interne.....	50
L'évaluation externe.....	50
Annexe 1.....	52
Le bilan.....	52
Pour les Appartements Thérapeutiques Relais.....	53
Le groupe de parole.....	53
Pour la Communauté Thérapeutique de Flambermont.....	53
Le comité de résidents.....	53
La caisse de solidarité.....	54
L'association « Pairs'pectives ».....	54
Demande de communication du dossier patient.....	55
Textes de référence.....	55

## PRÉAMBULE

Le programme régional de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS 2018-2023), intégré au programme régional de santé des Hauts de France (PRS 2018-2028) a inscrit comme une priorité la création de douze places d'appartement de coordination thérapeutique sur le territoire de l'Oise, et plus particulièrement sur le secteur Compiègne- Creil, afin de maintenir l'équilibre de l'offre régionale.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) visent à permettre à des personnes en situation précaire et atteintes de pathologies chroniques (VIH/sida, hépatites, diabète, cancer, sclérose en plaques...) de bénéficier d'un hébergement stable et d'un accompagnement médical, psychologique et social de manière à assurer la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique (Décret 2002-1227, du 3 octobre 2002).

Le bilan national des ACT de 2019 indique l'existence de 110 places pour les Hauts-de-France. A noter que sur les 317 candidatures adressées, 63 ont abouti à une admission soit 1 admission sur 5. Sur ces 80% de candidatures refusées, 9% le sont pour un manque de places soit 28 personnes non admises pour ce motif. Compte tenu de ces éléments, le besoin de renforcer le dispositif ACT dans notre région est donc nécessaire. Ceci a d'ailleurs été repris dans le PRAPS 2018-2023 qui souhaite structurer une offre spécifique « passerelle » vers le droit commun sur les territoires pour les personnes les plus démunies en donnant la priorité, notamment, au développement de l'offre en ACT. Cette extension permettrait de contribuer à l'un des objectifs opérationnels du Schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 à savoir amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans une démarche de santé.

Fort de son expérience de plusieurs décennies dans le domaine de l'hébergement thérapeutique et de la grande précarité, le SATO Picardie a développé des compétences qui lui permettent de s'adapter aux personnes se présentant au sein de ses établissements : publics fragilisés présentant des conduites addictives, en situation de précarité, ayant des pathologies lourdes, sous main de justice. C'est pourquoi le SATO Picardie a décidé de répondre à l'appel à projet ACT en considérant les deux territoires où il est déjà implanté, à savoir Creil et Compiègne, offrant ainsi aux personnes une couverture plus vaste du territoire. Le projet présenté par le SATO Picardie a été retenu par l'ARS.

L'implantation de ces nouveaux ACT se fera donc sur ces deux agglomérations, à savoir :

- 6 places à Compiègne où nous disposons déjà de deux établissements d'hébergement thérapeutique : 8 places d'Appartement Thérapeutiques Relais (ATR) et 18 Lits halte Soins Santé (LHSS) et un centre de soins (CSAPA).
- 6 places sur Creil, ville où se situe un de nos centres de soins (CSAPA) ainsi que les bureaux de la direction générale du SATO Picardie.

Nous constatons au fil des années une évolution importante, tant en ce qui concerne les modes d'usage des psychotropes avec une généralisation des poly-consommations provoquant une augmentation de l'usage combiné de la cocaïne, des psychostimulants, de l'alcool, des médicaments, des drogues de synthèse, qu'en ce qui concerne le développement et la généralisation des traitements de substitution. Au même titre que les autres services de l'association, les équipes du CSAPA avec hébergement doivent prendre en considération ces évolutions afin d'offrir une opportunité de soins crédible et efficace. Des initiatives ont déjà été prises en ce sens, en particulier en adaptant la prise en charge médicale des résidants à ces nouvelles réalités. Toutefois, au regard de l'évolution du phénomène et d'un certain nombre de besoins identifiés, en particulier concernant les publics vulnérables tels les femmes, les personnes qui présentent des troubles psychiatriques, les usagers âgés, il est indispensable de penser et d'organiser de nouvelles stratégies à mettre en œuvre pour mieux prendre en charge, aussi en résidentiel, les conduites addictives et ainsi couvrir de façon efficace les territoires de santé définis dans le cadre du Schéma Régional de Santé.

Le fait d'être dépendant à un produit quel qu'il soit n'induit pas nécessairement un processus de désinsertion grave et/ou irréversible. Pour autant, on constate que pour un certain nombre d'usagers qui ont une longue « carrière » dans l'addiction et qui sont en proie à une marginalisation importante, tels les résidants de la communauté thérapeutique, l'idée d'aborder avec eux une possible réinsertion dans le circuit de droit commun apparaît comme un projet hasardeux et illusoire. C'est pourquoi, développer une approche globale qui permette d'instaurer a minima une vie sociale et professionnelle reste une condition nécessaire pour envisager une amélioration sensible de leur addiction et de leur conditions de vie. C'est en ce sens que le SATO-Picardie a choisi de s'investir dans un projet d'envergure qui a pour objectif d'articuler la mise en valeur du patrimoine architectural du domaine de Flambermont à la promotion de différentes activités économiques susceptibles de créer un dispositif d'insertion novateur en faveur de personnes en difficultés sociales. Cette initiative repose sur un constat forgé à l'aulne d'une longue expérience accumulée par notre association : un certain nombre de personnes confrontées à de graves processus de marginalisation, parfois victimes d'addiction, conservent au terme d'une longue période de désinsertion des compétences ainsi que des capacités qui peuvent être remobilisées et mises en valeur dans un cadre communautaire.

## **TEXTES APPLICABLES AUX ACT**

### **LÉGISLATION**

#### **Textes d'application**

Les ACT sont issus de la circulaire du 17 août 1994 favorisant l'émergence d'un dispositif expérimental à destination des malades du sida en situation de précarité sociale.

Les ACT ont ensuite été pérennisés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, leur accordant le statut d'établissement médico-social.

Deux textes sont venus encadrer le dispositif des ACT :

- Le décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 définit la fonction des ACT :
  - Article 1<sup>er</sup> : « Les appartements de coordination thérapeutique fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ».
  - L'article 2 précise que : « Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin exerçant le cas échéant à temps partiel ».
- La circulaire du 30 octobre 2002 reconnaît l'ouverture des ACT aux autres pathologies et décline ces missions selon deux axes :
  - coordination médicale ;
  - coordination psychosociale.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit le droit au respect de la dignité des personnes malades, l'absence de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins et l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Le décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » crée de

nouvelles activités et modalités de prise en charge au sein des ACT. Il clarifie les conditions d'accueil sans distinction des situations administratives des personnes.

### **Code de l'Action Sociale et des Familles**

Les appartements de coordination thérapeutique sont soumis au régime des autorisations prévu par les dispositions des articles L. 313-1 à L. 313-9.

Les ACT obéissent aux règles tarifaires, budgétaires et de financement résultant des dispositions des articles L. 134-1 à L. 134-8L. 314-1 à L. 314-8.

Dans le respect des articles L. 313-1 et L. 313-6, D. 313-11 à D. 313-14 portant sur la création d'un établissement et d'un service mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF, une visite de conformité sera demandée selon les normes en vigueur. Celle-ci rendra effective l'autorisation et permettra ainsi la mise en service de l'équipement.

## **RECOMMANDATIONS ET GUIDES**

Le programme régional de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS 2018-2023),

Le programme régional de santé des Hauts de France (PRS 2018-2028)

Note de cadrage « La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : la place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) », HAS, octobre 2018

La recommandation de bonne pratique « LHSS, LAM et ACT: l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours », HAS, 8 décembre 2020.

## **CONCEPTION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT**

Ce projet d'établissement est le résultat du travail dans lequel se sont engagés des professionnels des ACT, des représentants du CSE, la chargée de projet, des représentants du Conseil d'Administration et de la Direction Générale. Il est écrit pour 5 ans, lors de sa réécriture des représentants d'utilisateur y seront associés.

### Méthodologie

- Pré-rédaction d'un document de travail afin de réaliser une première mouture du projet d'établissement qui permette une base de discussion.
- Mise à disposition du document de travail à chaque membre du groupe de travail. Chacun a pu prendre connaissance du document et renvoyer ses remarques, critiques, suggestions et compléments afin de favoriser une démarche participative.
- Réécriture du document à partir des observations.
- Présentation du document de travail au Conseil d'Administration en janvier 2022 pour validation définitive.

Cette rédaction s'est appuyée sur la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS : « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».

Plusieurs séquences de travail sur la rédaction du PE ont été réalisées dans le cadre de la rédaction de l'AAP ACT.

Mardi 19 octobre 2021 : réunion de travail autour de la pré-rédaction du projet d'établissement

Mercredi 20 octobre 2021 : lecture du document de travail et modifications lors de la réunion cadres du SATO Picardie

Jeudi 28 octobre 2021 : Relecture et finalisation du PE pour avis du CSE en décembre 2021 et validation en janvier 2022 par le Conseil d'Administration du SATO Picardie.



## **PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION**

### **SON HISTOIRE ET SON ÉVOLUTION**

L'association SATO Picardie est une émanation de l'Union Départementale des Associations Familiales de l'Oise. Elle a tenu son assemblée constitutive le 17 décembre 1977 à Beauvais et a été enregistrée en préfecture le 9 janvier 1978.

Comme le précise ses statuts (article 1.2 : objet), le SATO Picardie contribue, dans le cadre de la région Picardie, à la liaison avec toute personne morale et physique, service, organisme ou établissement quel qu'il soit s'intéressant aux difficultés et aux problèmes relatifs :

- A l'addiction sous toutes ses formes, sa prévention, son dépistage, son traitement notamment sur le plan de la réinsertion professionnelle et à la défense de l'intérêt des personnes touchées par cette pathologie
- Aux conduites à risques des adolescents et des jeunes majeurs ainsi qu'à l'aide à la parentalité
- A l'aide à la prise en charge médico-sociale des personnes marginalisées quelles que soient leurs pathologies et leurs difficultés sociales
- A la réinsertion des populations marginales par l'activité économique

De plus et comme précisé dans son projet associatif, le SATO Picardie s'engage sur les actions suivantes :

- Créer tous services et établissements nécessaires et si besoin en assurer la gestion ou aider à leur fonctionnement
- Participer directement ou indirectement en collaboration avec tous les organismes et institutions publics ou privés à la formation et au perfectionnement des services et établissements concernés par des problèmes d'addictions et les conduites à risques à l'adolescence
- Promouvoir toutes actions permettant de prévenir les conduites à risques chez les adolescents et jeunes majeurs ainsi que soutenir les parents
- Développer toutes actions de formation professionnelle continue en relation avec la prévention, le dépistage, le traitement des problèmes d'addiction et la réinsertion sociale

- Mener en liaison avec les services et organismes intéressés toutes études, enquêtes ou recherches à l'inadaptation engendrée par les phénomènes d'addictions et plus largement par les comportements à risques chez les jeunes.

Durant ces quarante-quatre années d'existence, l'association n'a donc cessé de s'investir dans les champs des addictions. En premier lieu spécialisée en toxicomanie, elle a élargi son action ces dernières années à l'ensemble des addictions avec ou sans produits, que ce soit au niveau de la prévention, du soin ou de la réduction des risques.

En 2010, le SATO Picardie s'est également investi dans le secteur de l'urgence sociale en créant des Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Il est implanté sur deux départements de la région Hauts de France (ex Picardie) : l'Oise et l'Aisne (territoire Aisne sud).

De plus, la formation d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) avec l'association le Mail (basée dans la Somme) a permis, à compter de septembre 2014, d'investir le territoire Aisne-Nord, par l'implantation d'un CAARUD (local à St Quentin).

En 2020, le SATO Picardie obtient une réponse positive à plusieurs appels à projet : ouverture d'un Point Accueil Ecoute Jeunes à Creil, fibroscan itinérant pour le département de l'Oise et consultations avancées au sein de 10 CHRS de l'Oise.

Son siège social :

Domaine de Flambermont  
2, rue des Malades, 60000 Saint-Martin-Le-Nœud  
Tél. : 03 44 02 88 68  
Courriel : [sato.secretariat@wanadoo.fr](mailto:sato.secretariat@wanadoo.fr)

Son siège administratif et comptable :

9, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 60100 Creil  
Tél. : 03 44 66 40 75  
Courriel : [sato.ass.dir@orange.fr](mailto:sato.ass.dir@orange.fr)

N° SIREN : 313 413 155

## **SON ORGANISATION**

L'association est régie par un Conseil d'Administration composé de :

- 18 membres maximum avec voix délibérative, élus pour une durée de 3 ans parmi les adhérents,
- membres du CSE (cadre et non-cadre) avec voix consultative,
- du directeur avec voix consultative,

- des sièges complémentaires peuvent être réservés à titre consultatif.

Il est renouvelé par tiers tous les ans. Les membres sortants sont rééligibles. Il se réunit au moins 2 fois par an.

Son rôle est de définir, entre autres, la politique et les orientations générales de l'association.

Le Conseil d'Administration désigne parmi ses membres le Bureau composé de :

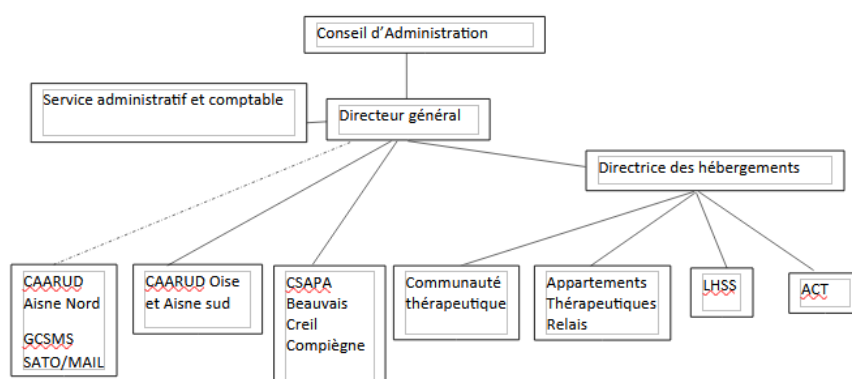
- Un président : Jean-Pierre Demange
- Deux vice-présidents : Jean-Claude Madelin et Anne-Marie Giraudet
- Un secrétaire : Bertrand Brassens
- Un trésorier : Jérôme Triganno

**L'équipe de direction** est composée d'un directeur général et d'une directrice des hébergements.

Sur délégation du Conseil d'Administration, la direction a pour mission de faire appliquer, dans tous ses aspects, la politique générale de l'association. Elle veille au respect des lois et des règlements. Elle assure la gestion des ressources humaines. Elle structure les règles de la procédure budgétaire et en assure le respect. Elle assure le contrôle des établissements et services. Elle informe en permanence le Bureau de la situation de chaque établissement et service, des études et recherches en cours et des résultats obtenus, des évolutions des politiques sociales et du cadre législatif, des orientations à prendre, des vacances de postes de cadres et des contentieux éventuels.

L'association est régie par la convention nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. Mise à jour au 15 septembre 1976 ainsi que par l'accord sur la réduction du temps de travail en date du 7 février 2001. Ces textes sont complétés par un règlement intérieur réactualisé en janvier 2015.

## Organigramme



## **SES ÉTABLISSEMENTS**

Le SATO Picardie gère différents établissements :

### **LES CSAPA**

- Un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sans hébergement sur le département de l'Oise réparti en trois unités sur les villes de Beauvais, Compiègne et Creil. Ces unités proposent des prises en charge pluridisciplinaires médico-psycho-sociales aux personnes ayant des problèmes d'addiction ainsi qu'à leur entourage. Elles assurent un accès aux produits de substitution avec possibilité de distribution de méthadone sur place.

Un pôle prévention est rattaché à chaque unité dont « Le Tamarin » à Creil et « Le Fusain Ailé » à Beauvais.

Ce CSAPA intervient de façon permanente dans le Centre de Détention de Beauvais au sein duquel il est CSAPA référent ainsi qu'au Centre de Détention de Liancourt.

Il participe aux dispositifs de réduction des risques mis en œuvre par le CAARUD.

Par ailleurs, ce CSAPA dispose d'antennes à Crèvecœur-le-Grand et Noyon et intervient au sein de la maison de Santé de St Just en Chaussée.

Les équipes sont composées de chefs de services, médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux.

Des conventions ont établi des partenariats forts notamment avec la Justice (SPIP, PJJ) et l'Education Nationale. Par ailleurs, le réseau de chaque unité est développé pour permettre les orientations nécessaires.

- Un CSAPA avec hébergement réparti en deux établissements :
  - Une communauté thérapeutique de 35 lits à Saint Martin le Nœud : celle-ci accueille des personnes avec des problèmes d'addiction aux substances licites et illicites nécessitant une mise à l'abri du produit. Elle propose une prise en charge communautaire en résidentiel c'est-à-dire que le groupe est au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale, en séjour long.

La première mission de cette structure est d'aider les personnes dépendantes à gérer leur existence et leurs difficultés par elles-mêmes, sans avoir à recourir à des produits psycho-actifs. La structure accueille, selon le principe de la libre adhésion, des hommes et femmes majeurs qui manifestent le désir de s'orienter vers un choix d'abstinence.

Le projet thérapeutique de la Communauté se caractérise par :

- L'engagement dans une abstinence à toutes substances ;

- Une approche institutionnelle communautaire qui insiste sur une prise en charge groupale interactive ;
- L'importance de la dimension de la réinsertion dans le cursus institutionnel ;
- L'intégration ;
- d'ex-résidents ayant achevé le cursus communautaire dans son intégralité, dans l'équipe pluridisciplinaire.

La Communauté Thérapeutique propose donc du soin résidentiel avec hébergement collectif, fondé sur un accompagnement où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide. Elle offre un programme thérapeutique essentiellement basé sur la vie communautaire, les activités de groupe, les interactions avec les pairs, la reconnaissance et l'expression des émotions.

L'équipe est composée d'un chef de service et d'un chef de service adjoint, de psychologues, médecin, infirmières, éducateurs spécialisés, éducateurs techniques spécialisés, secrétaires et veilleurs de nuit.

- Des Appartements Thérapeutiques Relais à Compiègne (8 places réparties sur 5 appartements individuels et un collectif de 3 places) qui accueillent des personnes confrontées à des problèmes d'addiction et qui se trouvent dans une démarche de réinsertion. Cette structure développe des liens de travail avec différents partenaires œuvrant dans le champ de l'insertion ainsi qu'avec la Justice dans le cadre d'une convention de placement extérieur.

L'objectif de cette structure est de permettre à des personnes dépendantes, hommes ou femmes majeurs, sevrées ou substituées, de s'inscrire dans la réalisation de leur projet d'accès à une plus grande autonomie et une réinsertion professionnelle.

Les Appartements Thérapeutiques Relais permettent donc de se confronter aux réalités sociales, matérielles, professionnelles et affectives, tout en bénéficiant du support de l'équipe qui soutient les objectifs socio-éducatifs et thérapeutiques de la personne hébergée ainsi que leurs modalités de réalisation.

L'accompagnement aux Appartements Thérapeutiques Relais est à la fois global et individuel. En effet, il est adapté à chaque personne et à chaque situation particulière. Toutefois, il inclut la prise en compte d'une dynamique communautaire qui s'appuie sur le soutien des pairs, en particulier dans le cadre des activités groupales proposées aux usagers qui n'ont pas encore pu intégrer une vie sociale « active ».

L'équipe est composée d'une cheffe de service et de deux éducateurs spécialisés.

## **Les CAARUD**

- Un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Créée en 1996 sous forme de « boutique de réduction des risques », cette structure basée à Montataire (bassin creillois) a obtenu l'agrément médico-social CAARUD en 2006. Il s'est ensuite étendu au territoire de l'Aisne sud en 2010.

Le CAARUD dispose d'un local d'accueil à Montataire et un à Soissons. Il développe des actions de réduction des risques grâce à ses unités mobiles qui effectuent des maraudes sur différentes villes ainsi qu'un travail de proximité sur l'ensemble de ces territoires. En outre les équipes interviennent également dans le cadre de soirées festives et développent des actions spécifiques en direction des femmes se livrant à la prostitution. Des TROD VIH/VHC peuvent être réalisés par les professionnels formés. Le CAARUD gère trois totems sur les villes de Beauvais, Creil et Compiègne. Plusieurs professionnels sont collecteurs dans le cadre du dispositif SINTES (analyse des produits). Il gère également le programme d'échange de seringues en pharmacies (PESP) pour l'Oise et l'Aisne sud.

- En 2014, nous avons souhaité répondre en commun avec l'Association LE MAIL (qui gère le même type de structures que le SATO en addictologie dans le département de la Somme) à l'appel à projet pour création d'un CAARUD sur le territoire de santé Aisne-nord/Haute-Somme. Notre projet a été retenu et nous avons créé en août 2014 le GCSMS SATO-MAIL qui gère cet établissement basé à St Quentin, avec unité mobile, PESP et antenne fixe à Hirson. L'équipe intervient également en milieu festif, propose des TROD VIH/VHC et deux professionnels sont également collecteurs pour le dispositif SINTES.

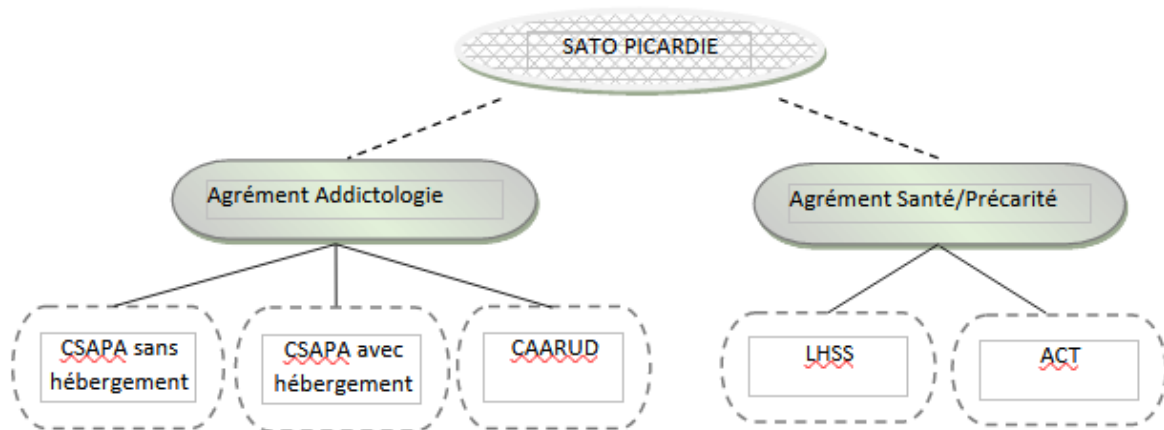
Chaque équipe est composée de chefs de service, infirmiers et travailleurs sociaux. Une psychologue intervient au CAARUD de St Quentin.

## **Les LHSS**

- Cette structure médico-sociale de 18 lits a été mise en service en décembre 2010. Elle s'adresse à des personnes en situation de précarité nécessitant une prise en charge médicale des pathologies aiguës sans toutefois nécessiter une hospitalisation. Le séjour initial de deux mois peut être prolongé jusqu'au retour à un état de santé permettant l'autonomie de la personne dans un logement individuel ou une structure d'hébergement adaptée à sa situation personnelle.

Les animaux y sont acceptés.

L'équipe est composée d'une cheffe de service, un médecin, des infirmières, un accompagnant éducatif et social, des aides-soignantes, une secrétaire, une assistante sociale, des veilleurs de nuit et un agent de service.



Nos structures permettent de couvrir la totalité du département de l'Oise et pour l'Aisne, tout ce qui se réfère à la réduction des risques.

## **PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PROJET ACT**

### **CONTEXTUALISATION**

Il est fréquent d'entendre que l'espérance de vie augmente en France. Cependant ce propos doit être nuancé puisque l'espérance de vie en bonne santé a plutôt tendance à stagner. En effet, ceci s'explique, entre autres, par :

- La progression des maladies chroniques,
- Les progrès de la médecine qui ont conduit à la chronicisation de certaines maladies aiguës autrefois mortelles.

20 millions de français sont atteints par une maladie chronique et 10,7 millions de personnes sont prises en charge au titre de l'affection longue durée (ALD). Ce sont donc 35 % de la population couverte par le régime général de l'assurance maladie qui sont concernés par une ou plusieurs maladies chroniques<sup>1</sup>. La prévalence des maladies chroniques est en hausse constante.

Les facteurs environnementaux jouent également un rôle majeur dans l'apparition, le développement et l'aggravation des maladies chroniques. Les modes de vie des personnes et les inégalités contribuent aussi au développement de celles-ci. Les populations les plus défavorisées sont les plus vulnérables et les plus exposées aux facteurs de risque. On sait que, face à certains facteurs dangereux pour la santé, les inégalités sociales sont très fortes et que certains comportements individuels à risque sont plus fréquents chez les populations défavorisées (consommation d'alcool, de tabac, mauvaise alimentation, sédentarité). La précarité intervient négativement sur la santé et cette interférence est plus sensible chez les femmes, surreprésentées dans les populations précaires (elles constituent 70 % des travailleurs et travailleuses pauvres, elles sont davantage à temps partiel et elles sont plus souvent en situation de monoparentalité). Par ailleurs, les retentissements de la maladie chronique sur la vie quotidienne sont multidimensionnels. Les difficultés s'accumulent, elles s'accompagnent trop souvent d'un non-recours aux droits, elles peuvent être aggravées par des discriminations et contribuent à des situations d'exclusion.

Les ACT sont donc l'une des réponses aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques en état de fragilité psychologique et sociale. Ils ont l'avantage de favoriser concrètement la coordination thérapeutique. De plus, l'accès à un ACT est souvent

---

<sup>1</sup> Audition de Nicolas Revel, Directeur général de la CNAM, devant la section des affaires sociales et de la santé le 23 janvier 2019.



accompagné de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient. De fait, le logement est un facteur essentiel de l'inclusion sociale et l'accompagnement organisé dans le cadre des ACT est le vecteur efficace d'un parcours de soins coconstruit (résident, équipe pluridisciplinaire et partenaires).

### Pathologies principales des personnes accueillies en ACT en 2019<sup>2</sup>

Pathologies	
VIH	27%
Cancers	16%
Diabètes	7%
Insuffisances rénales	7%
Maladies psychiatriques	7%

### Contexte régional

Selon le PRAPS Hauts-de-France 2018-2023, la région est particulièrement touchée par la précarité, dont les formes revêtent plusieurs réalités : les personnes à la rue, les jeunes et les personnes vieillissantes ou migrantes, la population Roms, les personnes placées sous main de justice ou sortantes de prison sont ainsi particulièrement à risque de se trouver en situation d'exclusion. Le territoire régional est aussi marqué par une précarité diffuse, que ce soit dans les quartiers des grandes villes ou dans les territoires isolés. La précarité prend donc des formes différentes avec pour corolaire un accès à la prévention et aux soins et plus largement à la santé, plus difficile. Par ailleurs, un mauvais état de santé accroît les situations de précarité.

Dans les Hauts-de-France, 1 249 680 personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, bénéficient du dispositif des ALD.

Le diabète (ALD n°8) et les maladies chroniques actives du foie et les cirrhoses (ALD n°6) pour la région Hauts-de-France ont des taux d'ALD plus élevés qu'en France.

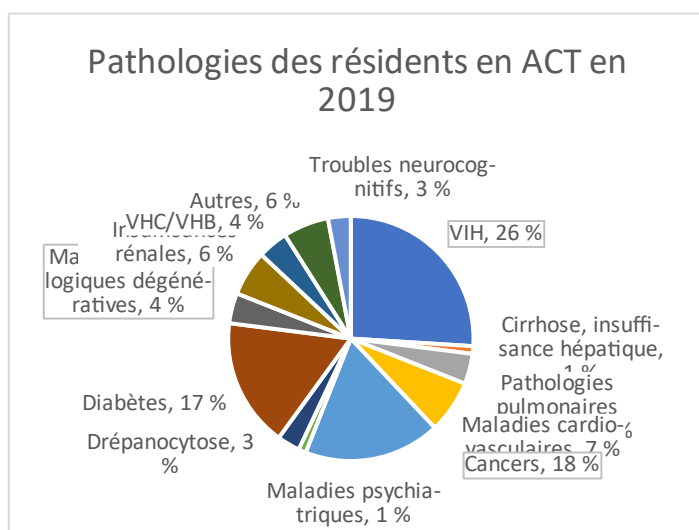
La prévalence du diabète dans la région est supérieure à celle de la France métropolitaine. De même, la mortalité liée à cette pathologie est largement supérieure dans la région mais avec des disparités importantes selon les territoires, les taux les plus élevés se retrouvant dans les zones ayant les plus fortes densités de personnes en situation de précarité. Cette prévalence du diabète risque de continuer d'augmenter dans les années à

<sup>2</sup> Fédération santé et habitat, Bilan national d'activités ACT 2019

venir en raison du vieillissement de la population générale, de l’allongement de l’espérance de vie des personnes diabétiques et de l’augmentation de la fréquence de l’obésité<sup>3</sup>.

Le taux de découverte de séropositivité au VIH (ALD n°7) est en-dessous du niveau national. En revanche la part des diagnostics réalisés à un stade avancé est plus importante (38%)<sup>4</sup>. Le délai médian entre l’infection et le diagnostic dans la région Hauts-de-France est de 3,2 ans. Dans la région, l’infection par le VIH reste donc un enjeu majeur de santé publique. En 2020, 4697 personnes étaient porteuses du virus et 75,80% de ces personnes ont moins de 50 ans.

La consommation de tabac de l’ensemble de la population apparaît plus élevée dans la région Hauts-de-France que dans le reste du territoire. En 2014, 31 % des 15-75 ans de la région étaient fumeurs quotidiens, contre 27,9 % sur l’ensemble de la France métropolitaine. Environ 9% de la population de plus de 40 ans est porteuse d’une BPCO dont 2/3 non diagnostiquée (soit davantage que le diabète). La mortalité par BPCO est 35% supérieure à la moyenne nationale. C’est une maladie irréversible dès le stade 2 même en cas d’arrêt du tabac<sup>5</sup>.



A noter que 25% de ces résidents ont une ou plusieurs comorbidités et que 66% avaient une reconnaissance ALD à l’entrée et 78% à la sortie.

### Contexte départemental

Le taux de pauvreté dans l’Oise (12.9%) est inférieur au taux national (14.1%). En revanche, celui des villes du département est supérieur à celui des villes françaises. Dans les grands pôles urbains comme dans les territoires ruraux, le taux de pauvreté atteint 14,5 %. Dans le département, 160 000 personnes vivent avec moins de 1 000 € par mois, soit 20,1 % de la population. Le Creillois étant le bassin le plus touché.

Par ailleurs, si l’Oise détient le plus faible taux de mortalité des territoires de démocratie sanitaire de la région, une surmortalité est cependant relevée en regard de la France. Ce territoire se démarque pour la maladie de Parkinson (2e taux de mortalité le plus élevé et

3 Schéma régional de santé 2018-2023, PRS des Hauts de France

4 Bulletin de santé publique VIH-IST, Hauts-de-France, novembre 2019

5 Schéma régional de santé 2018-2023, PRS des Hauts de France

1er taux pour les admissions en ALD), le cancer de la prostate (taux de mortalité le plus élevé ; 4e taux pour les admissions en ALD), le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes (2e taux de mortalité le plus élevé et 1er pour les admissions en ALD).<sup>6</sup>

Dans l'Oise, 161 530 personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, sont en ALD en 2019<sup>7</sup>.

Dans le « diagnostic territorialisé des Hauts-de-France »<sup>8</sup>, il est indiqué que pour le diabète de type 1, les territoires de Noyon- Compiègne et du Boulonnais ont quasiment tous des taux plus faibles qu'en France. Cependant six territoires ont à l'inverse des taux plus élevés, à savoir Beauvais, Creil, Valois - Halatte - Creil, Montreuillois, Dunkerquois, Lille et Valenciennois.

Le Département de l'Oise compte à lui seul 37 960 personnes souffrant de diabète de type 1 et 2 (ALD n°8). Tous genres confondus, que ce soit pour la mortalité par diabète ou pour les admissions en ALD pour diabète de type 2, tous les territoires de proximité ont des taux plus élevés qu'en France, avec un différentiel qui varie de +10 % à +60 % pour la mortalité et de +10 % à +50 % pour les ALD.

Toujours selon les mêmes sources que précédemment, les affections de longue durée en moyenne annuelle comptent près de 2 300 admissions pour maladies chroniques actives du foie et cirrhoses. L'Oise compte quant à elle 2 100 personnes prises en charge en ALD (ALD n°6). La quasi-totalité des territoires de proximité se trouve dans une situation de surmortalité en lien avec l'alcool, seuls ceux de l'Oise ont des taux de mortalité comparables ou légèrement supérieurs à ceux du niveau national.

Concernant le VIH, l'Oise compte en 2019, 1 180 personnes prises en charge pour cette maladie<sup>9</sup> et devient le département le plus touché des Hauts-de-France. Ceci s'explique par la proximité avec l'Île de France et l'importance de la population migrante d'origine subsaharienne dans le sud du département et plus particulièrement sur le Creillois.

Concernant les personnes souffrant de troubles psychopathologiques, 15 670 personnes étaient prises en charge en ALD (ALD n°22) en 2019.

Désormais, un autre critère de santé est à prendre en compte, malgré des facteurs de vulnérabilité communs à la population générale face à la crise sanitaire que nous subissons. Les résultats de l'étude Coclico démontrent que la survenue de détresse psychologique au cours du confinement chez les personnes vivant avec une maladie chronique s'avère également liée à des problématiques qui leur sont propres :

6 Conseil Territorial de Santé, Priorités de santé du territoire de démocratie sanitaire de l'Oise, décembre 2017

7 Ameli, Effectifs des personnes prises en charge pour une affection de longue durée, pour le régime général en 2019

8 Diagnostic territorialisé des Hauts de France territoires de proximité, janvier 2017, p 35

9 Ameli.fr « Effectifs des personnes prises en charge pour une affection de longue durée, pour le régime général en 2015

- Difficultés à appliquer les mesures sanitaires ;
- Fait de penser ne pas être pris en charge comme les autres en cas d'infection par la Covid-19 ;
- Arrêt ou diminution du suivi médical ou médico-social habituel pendant les confinements.

Il reste à préciser que pour une majorité des professionnels de santé, l'Oise présente les plus faibles densités des territoires de démocratie sanitaire de la région. La démographie médicale défavorable contribue, dans des proportions différentes selon les territoires, à la réduction du temps médical disponible de la médecine de ville. Le dispositif des ACT peut réduire cet écart et ainsi atténuer le non-recours aux soins pour les personnes précaires accueillies.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique proposent un hébergement individuel ou collectif « à titre temporaire » situé à proximité des lieux de soins et permettant un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé. Ils sont ouverts en permanence et hébergent des personnes majeures et à minima autonome, atteintes de maladies chroniques en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical, quel que soit leur situation administrative. Les ACT ont pour mission d'assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements, favoriser l'autonomie et permettre aux personnes d'intégrer un logement individuel.

### **L'entourage**

Le soutien que l'entourage apporte au résident est un plus dans sa démarche de soin, qu'il soit accueilli au sein des ACT ou non. C'est un élément modérateur et/ou facilitateur de la prise en charge. Cet accompagnant peut apporter un soutien social non négligeable. Il représente un étayage car il conseille, concourt à la prise de décisions et rassure la personne malade (accompagnement aux rendez-vous, soutien dans la vie quotidienne...). Il permet également de rompre l'isolement et aide le résident à se décentrer de sa maladie. Pour ceux désirant être hébergés au sein des ACT, les dépenses liées à leur accueil seront prises en charge soit par les accompagnants eux-mêmes soit par le résident.

### **L'équipe**

#### **Composition**

L'équipe pluridisciplinaire des ACT est placée sous l'autorité du directeur général et de la directrice des hébergements du SATO Picardie.

Elle comprend :

- Une direction à 0,10 ETP

- Un(e) chef de service à 0,6 ETP
- Un(e) médecin coordonnateur à 0,10 ETP
- Un(e) infirmier(e) coordinateur pour 1 ETP
- Un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) pour 1 ETP
- Un(e) assistant(e) social(e) pour 0.85ETP
- Un(e) aide-soignante pour 1 ETP
- Un(e) psychologue à 0,50 ETP
- Un(e) agent administratif à 0,10 ETP (mutualisé avec LHSS)
- Un(e) agent technique à 0,10 ETP (mutualisé avec la Communauté thérapeutique, les ATR, les LHSS)

Les missions des professionnels des ACT sont :

- Le chef de service

Il est le garant de la mise en œuvre du projet d'établissement. Il assure l'organisation et le bon fonctionnement du service, anime et coordonne l'équipe placée sous son autorité. Il étudie les possibilités d'amélioration et de développement de son service, il est force de proposition. Il participe au suivi des résidents. Il les rencontre régulièrement avec le référent pour s'assurer du respect des engagements réciproques. Il veille au suivi des dossiers de candidature et prend, en accord avec l'équipe, les décisions d'admission ou de refus des candidatures et du renouvellement des contrats. Il rencontre les acteurs locaux afin de présenter les ACT, leur fonctionnement et échanger sur le partenariat à mettre en place.

- L'assistant social

Il veille à l'ouverture des droits sociaux si besoin et à leur continuité. Pour cela, il coordonne les différentes demandes à réaliser auprès des partenaires (CPAM, CAF, MDPH). Il assure un rôle de référent social. Il contribue à la mise en place du projet personnalisé. Il complète le dossier usager par toutes les informations nécessaires. Il participe à la commission d'admission.

- L'éducateur spécialisé et l'aide-soignante

Ils assurent le rôle de référent social. Ils sont à même de répondre aux besoins d'accompagnement socio-éducatif des résidents. Ils veilleront également à la tenue des logements. L'éducateur spécialisé est responsable de la mise en place du projet personnalisé.

Ils complètent le dossier usager par toutes informations nécessaires. Ils peuvent participer à la commission d'admission. Ils se chargent de l'organisation de sorties collectives et du repas collectif mensuel.

- L'infirmier coordinateur

Les missions de l'infirmier s'exercent en lien avec le médecin coordonnateur et les travailleurs sociaux. Il assure l'accompagnement de la coordination médicale et paramédicale pour chacun des résidents. Il suit le résident pendant toute la durée du séjour et dans la préparation à la sortie. Il peut participer à la commission d'admission. Il contribue à la tenue du dossier paramédical. Il organisera des séances collectives d'éducation à la santé qu'il animera ou coordonnera dans le cas d'intervenants extérieurs.

L'infirmier sera donc formé, s'il ne l'est pas déjà, à l'éducation thérapeutique du patient et à la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique. Cette formation sera intégrée dans le plan de formation du SATO Picardie.

- Le psychologue

Le soutien psychologique est essentiel dans toutes les pathologies chroniques. Ce soutien aide la personne que ce soit au moment de l'annonce de la pathologie, que de la prise de conscience des conséquences de cette dernière en termes de santé et de vie quotidienne et dans le projet de vie. Ce soutien psychologique nécessite l'adhésion et la participation de la personne malade. Il s'agit pour la psychologue de créer « cette alliance thérapeutique » sans laquelle le travail sur le projet de vie n'est pas possible.

Le psychologue peut éclairer l'équipe sur la prise en charge des personnes.

- Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur assure la coordination et la qualité des soins en lien avec les professionnels de santé médicaux et paramédicaux partenaires des ACT et en collaboration avec l'infirmier coordinateur et l'ensemble des membres de l'équipe. Il suit le résident pendant toute la durée du séjour et dans la préparation à la sortie. Il intervient avant l'admission, participe à la commission d'admission. Il est garant de la tenue du dossier médical.

Il sera présent deux demi-journées permettant ainsi la couverture de chaque site.

- L'agent technique

Il participe à l'entretien des appartements, il peut sur sollicitation de l'équipe réaliser quelques travaux liés à l'usure courante des équipements. Ses interventions sont coordonnées avec l'équipe.

Les fiches de poste<sup>10</sup> sont annexées à ce dossier.

Les professionnels des LHSS, CSAPA et du CAARUD peuvent apporter leur soutien à l'équipe des ACT pour la prise en charge des résidents.

---

10 Annexe 1 : fiches de poste

## Formations

Le public accueilli au sein des ACT requiert outre les formations initiales (éducateur spécialisé/psychologue/infirmier/médecin...) des compétences et des connaissances spécifiques, c'est pourquoi des formations seront mises en place aussitôt que possible concernant<sup>11</sup> :

- L'éducation thérapeutique du résident
- Bientraitance et prévention de la maltraitance
- La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques
- Le rétablissement et les outils de la réhabilitation psychosociale
- L'accompagnement à la fin de vie
- Prévention Secours Civique niveau 1 réalisé par la Croix-Rouge française. Cela permettra à chacun des membres de l'équipe de savoir protéger/alerter et empêcher l'aggravation de l'état de la victime.
- Des informations en addictologie dispensées par les professionnels du SATO Picardie seront mises en place. Les professionnels pourront également profiter de celles organisées par la Fédération Addiction.

Cette liste est non exhaustive. Toute formation qui peut être utile en termes d'amélioration des connaissances et des compétences peut être soutenue par l'association.

Il est également prévu une visite des ACT de la région Hauts-de-France afin de connaître leur organisation et d'échanger sur leurs pratiques.

Un temps important de sensibilisation est consacré à la notion de bientraitance. En effet, elle doit être intégrée dans les pratiques des professionnels au quotidien.

Il s'agit alors de revoir le concept de bientraitance à partir de :

- La définition de l'HAS qui ouvrira un questionnement éthique :

*« 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'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs ».*<sup>12</sup>

- Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) afin que les professionnels se les approprient et puissent les mettre en pratique pour donner du

11 Annexe 2 : programme pour chaque formation

12 Anesm, RBPP La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008

sens aux actes quotidiens. En effet, la bientraitance repose bien sur la manière d'être des professionnels dans le respect du résident.

Ce premier travail permet l'élaboration d'une charte de bientraitance écrite par l'équipe des ACT. Pour cela, une trame est fournie.<sup>13</sup>

Ainsi, les professionnels se saisissent des repères donnés, notamment par l'HAS<sup>14</sup> et cette charte, pour la mise en œuvre d'une culture de la bientraitance au sein des ACT, à savoir :

- Des actions permettant de concrétiser le fait que l'utilisateur soit co-auteur de son parcours,
- Des mesures garantissant un lien de qualité entre professionnels et usagers,
- S'enrichir de toutes les contributions internes et externes pertinentes.

Au-delà de ce travail et dans une perspective de continuité, cette culture de la bientraitance doit être en constant questionnement aussi bien vis-à-vis, d'une part, des usagers et de leurs proches et, d'autre part, du soutien apporté aux professionnels.

Par ailleurs, un questionnaire est remis aux résidents sortants afin d'évaluer la qualité de son séjour.<sup>15</sup>

Aborder le terme de bientraitance nous oblige également à parler des risques de maltraitance. Un protocole écrit sur la conduite à tenir en cas de suspicion ou de révélation de maltraitance est donné. Les fiches d'évènement indésirable (FEI) sont d'ailleurs déjà mises en place au SATO Picardie<sup>16</sup>.

Les professionnels des ACT sont sensibilisés via des fiches outils mais aussi par des sessions de formation ponctuelles sur des thématiques telles que la Pair-Aidance ou le rétablissement.

### **Management et réunions**

Le management de l'équipe est confié au chef de service. Le Document Unique de Délégation (DUD)<sup>17</sup> précise les compétences et missions confiées par délégation au professionnel chargé de la direction des ACT.

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est réalisé lorsque la médecine du travail a rédigé la fiche entreprise pour les ACT. Il répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les professionnels afin d'organiser la prévention au sein des ACT. Il est mis à jour annuellement.

---

13 Annexe 3 : trame de travail charte de bientraitance

14 Anesm, RBPP La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008

15 Annexe 4 : Questionnaire « Votre avis nous intéresse », ACT SATO Picardie

16 Annexe 5 : FEI

17 Annexe 6 : DUD



Une réunion d'équipe est organisée chaque semaine et animée par le chef de service. Sont abordés lors de ces réunions :

- Les situations des usagers et les décisions à envisager au sujet de leur prise en charge,
- Le suivi régulier du rapport d'activité (statistiques, écrits, etc.),
- Le fonctionnement de la structure,
- Les informations qui concernent la vie de l'association ainsi que les offres de formation et/ou de colloques.
- Les collaborations de travail avec le partenariat. A ce titre, des rencontres avec des partenaires peuvent être organisées dans le cadre de cette réunion.

Celle-ci est un lieu d'expression de la transdisciplinarité et de la collaboration.

### **Autres réunions**

Des réunions de synthèse peuvent être organisées, en présence du résident, avec les professionnels concernés afin de coordonner au mieux son parcours de soins et de l'accompagner dans les difficultés qu'il rencontre.

Des groupes de travail transversaux sont également mis en place (ex : bientraitance, les consommateurs de crack, l'accueil et l'accompagnement, la RDR alcool...) afin de réfléchir à l'amélioration de la qualité de services.

### **Supervision**

La Circulaire du 30 octobre 2002 relative aux ACT, stipule dans la partie 2.3 consacrée au projet d'établissement et projet individualisé "*L'équipe pluridisciplinaire bénéficie d'une supervision de ses pratiques professionnelles*".

Une fois par mois, un intervenant extérieur assure une supervision pendant deux heures. Il guide l'équipe pour s'exprimer autour de situations particulières, aide à l'analyse des pratiques et permet à chaque intervenant la prise de recul nécessaire face à des situations complexes. Ce temps de supervision permet d'accompagner l'équipe à rester dans la bientraitance afin d'être en corrélation avec la charte qui s'y rapporte.

### **Planning, astreintes et organisation des absences**

Les plannings sont organisés de façon à assurer une répartition homogène des professionnels afin de mettre au service de l'utilisateur toutes leurs compétences. L'équipe travaille majoritairement en binôme. Un temps de présence est organisé le samedi matin (infirmier ou travailleur social) soit pour des entretiens soit pour une activité collective. Chaque membre de l'équipe est présent pour la réunion de service hebdomadaire.

Chacun des professionnels peut intervenir au sein des appartements des usagers.

Une ligne fixe dans les bureaux de Creil et de Compiègne ainsi que deux téléphones portables permettent aux résidents de joindre l'équipe à tout moment ou de laisser un message afin d'être rappelés par l'équipe.

Des astreintes chef de service et infirmière sont assurées de 18h à 9h du lundi au vendredi et du vendredi 18h au lundi 9h ainsi que les dimanches et les jours fériés 24h/24h : Les appels des ACT seront renvoyés sur le téléphone du cadre d'astreinte.

Lors des absences de l'infirmier, une mutualisation des moyens est mise en place avec les infirmières de l'association. En cas d'indisponibilité, nous faisons appel aux infirmières intérimaires avec lesquelles nous travaillons régulièrement. Concernant l'absence des travailleurs sociaux, nous pouvons nous appuyer sur l'équipe des ATR qui a une culture de l'accompagnement en appartement diffus. L'assistante sociale des LHSS peut se charger des situations sociales problématiques. Les médecins des CSAPA de Creil et Compiègne pallient à l'absence du médecin coordonnateur.

### **Coordination et partenariat**

Chacun doit garder la spécificité qui fait la richesse de son intervention et savoir néanmoins entrer dans une relation de collaboration et de complémentarité intelligente. Il s'agit alors de réfléchir à une méthodologie d'échange d'informations qui respecte la place de chacun, précise l'étendue et les limites du partage de ces informations et positionne le résident au centre de cette concertation.

Dès réception d'une demande d'admission, l'équipe des ACT sollicite les partenaires ou orienteurs afin de compléter les informations nécessaires pour évaluer au mieux la situation de la personne.

Dès l'arrivée du résident, l'infirmier a eu connaissance, en amont, des différents suivis médicaux à coordonner. En collaboration avec le médecin coordonnateur, ils s'appuient sur :

- Les différents spécialistes des CHG de Creil et Compiègne (diabétologie, endocrinologie, médecine interne et pathologies infectieuses, soins palliatifs, pôle prévention et d'éducation du patient...).
- Les différents médecins généralistes de Compiègne et Creil (Dr Tournant, Dr Ginestest, Dr Sant Léger, Dr Lejeune, Dr Lasbleitz, Dr Fremaux) avec lesquels des habitudes de travail ont déjà été prises avec les structures du SATO Picardie.
- La maison de santé de Creil (Dr Dimi) qui facilite également la continuité des soins.
- Le dépistage et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles grâce à la maison de santé sexuelle de Creil (le 15 RVH).
- L'association ACSSO de Creil et Réseau de Compiègne permet grâce à ses services de maintenir les personnes à domicile.

- L'hospitalisation à domicile (HAD) de Compiègne ayant conventionné avec les LHSS, cette collaboration est étendue aux ACT.
- Les cabinets d'infirmières libérales, en effet la collaboration entre l'équipe des ACT et les infirmiers libéraux est essentielle. Les infirmiers assurent les soins aux personnes accueillies et alertent sur les situations rencontrées. Une convention est déjà signée entre un cabinet d'infirmières libérales de Compiègne et les LHSS, celle-ci est étendue aux ACT.
- Les kinésithérapeutes. A ce titre une convention qui facilite et favorise les prises en charge sur le secteur de Compiègne et les LHSS est également étendue aux ACT.
- Le laboratoire Biocôme de la clinique St Come de Compiègne effectue les différentes analyses. Ce laboratoire propose des prestations rapides diverses avec une communication facilitée (résultats rapides par fax ou par mail à la personne et au médecin prescripteur et traitant). De plus, les habitudes de travail entre le laboratoire St Médard et le CSAPA de Creil simplifient la collaboration avec les ACT.
- Les officines de ville facilitent l'organisation et le suivi des délivrances médicamenteuses. Elles peuvent aussi mettre à disposition le matériel paramédical nécessaire aux prises en charge. La pharmacie située rue de la Gare à Creil et la pharmacie St Germain de Compiègne seront également sollicitées.
- Picardie Médical est un prestataire en capacité de fournir aux personnes accueillies les dispositifs médicaux utiles pour le maintien à domicile. Une collaboration déjà établie avec les LHSS est étendue aux ACT.

Les conventions de travail<sup>18</sup> nécessaires à cette coordination sont formalisées et annexées à ce projet d'établissement.

Le psychologue qui sera amené à travailler sur la fragilité psychologique des résidents pendant leur séjour peut s'appuyer sur les services d'accueil d'urgence psychiatrique du CHI de Clermont (SAU et UAU) et les Centres Médico Psychologique (CMP). Ils garantissent la prise en charge des troubles psychiatriques. Le SAU et l'UAU assurent en urgence une consultation auprès d'une infirmière spécialisée en psychiatrie et si besoin un psychiatre. Le CMP prend en charge les personnes ayant besoin d'un suivi sur du long terme. Le partenariat garantit l'accès aux soins des personnes accueillies et une possibilité de prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés ce qui minimise la rupture de soins. Une convention partenariale a été signée avec le CHI de Clermont via les CMP pour que tous les trimestres les professionnels se rencontrent afin d'évoquer des situations problématiques ce qui renforce les liens de travail entre le SATO Picardie et les CMP. Les ACT **seront** intégrées à cette convention.

---

18 Annexe 7 : conventions

L'assistant social se charge d'engager toutes les démarches nécessaires pour que le résident retrouve une situation sociale à jour. Cela concerne l'assurance maladie, les droits sociaux, la MDPH... Il doit alors coordonner toutes les démarches nécessaires pour que la situation sociale du résident s'améliore et que les ouvertures de droits soient faites.

L'éducateur spécialisé et l'aide soignante veillent à ce que les résidents ne s'isolent pas et se construisent une vie sociale. Pour cela, il peut s'appuyer sur les groupes d'entraide et les différentes associations culturelles et sportives.

Concernant le respect des conditions de sécurité, notamment l'élimination des déchets d'activités médicales, comme toutes nos structures, les ACT bénéficient d'un passage par la société COSMOLYS qui se charge de la collecte et l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux.

### **Localisation**

La localisation des appartements s'est appuyée sur plusieurs critères :

- Être accessibles aux personnes pouvant se fatiguer rapidement du fait de leurs pathologies,
- Être proches des lieux de soins et des transports en commun,
- Offrir la possibilité de s'insérer dans la cité.

### **Creil**

#### **Les appartements<sup>19</sup>**

Six places sont proposées sur ce territoire. Pour cela, le SATO Picardie dispose :

- d'un appartement collectif pouvant accueillir deux résidents ;
- d'un logement individuel ;
- de trois appartements individuels.

Les numéros d'urgence, des services de santé ainsi que ceux pour joindre les astreintes sont affichés dans chaque appartement.

#### **Les bureaux**

Le bureau administratif principal se situe à Creil, dans le local du siège administratif du SATO, situé au 9, rue Delattre de Tassigny, juste en face du CSAPA, avec une entrée autonome. Il est composé d'un bureau d'accueil, d'un bureau d'entretien garantissant la confidentialité et la discrétion ainsi que d'une salle de réunion pouvant accueillir l'équipe pour la réunion hebdomadaire et la mise en place des actions collectives avec les résidents

---

<sup>19</sup> Annexe 8 : photos des appartements

« volontaires ». La secrétaire de direction, sur place, assure l'accueil téléphonique en cas d'absence des professionnels.

Le cabinet médical et le poste infirmier sont mutualisés avec le CSAPA en cas de consultation avec examen somatique ou soins. Le bureau médical est disponible tous les lundis, un mercredi sur deux et tous les jeudis. Un planning de répartition est établi, affiché dans les locaux ACT et CSAPA et/ou diffusé par mail et en réunion d'équipe.

Le stockage des produits d'hygiène, draps, denrées non périssables se fait dans les locaux des ACT ou dans les locaux du CSAPA.

### **Compiègne**

#### **Les appartements<sup>20</sup>**

Même configuration que pour Creil, à savoir 6 places réparties dans 4 appartements :

- Un appartement collectif accessible PMR pouvant accueillir deux résidents
- Quatre appartements individuels.

#### **Les bureaux**

Une annexe des bureaux administratifs se trouve sur la ville de Compiègne, dans un appartement attenant aux LHSS, au 74 rue Stalingrad, avec une entrée autonome et identifiée. Il est composé d'une grande pièce avec cuisine équipée qui permet l'accueil et les actions collectives et d'un bureau d'entretien. Ces locaux sont à l'étage, en cas de difficulté à la mobilité, une salle de réunion est disponible tous les jours aux LHSS, elle assure l'accueil de plain-pied et la discrétion.

Comme à Creil, le cabinet médical et poste infirmier sont mutualisés avec les LHSS, avec comme particularité que le médecin des LHSS est aussi celui des ACT, son cabinet peut également être mis à disposition de l'infirmier coordinateur.

Le stockage des produits d'hygiène, draps, denrées non périssables se fait dans deux espaces existants au LHSS attenant au bureau ACT.

### **Communication externe**

La pertinence de la communication externe de l'association est primordiale vis-à-vis du public cible et des partenaires. Pour faciliter l'adressage des bénéficiaires, une stratégie de communication auprès des partenaires contribue à faire connaître le dispositif ACT et ses missions. Une plaquette présentant la structure et un dossier d'admission sont adressés à tous les orienteurs potentiels en s'appuyant sur notre réseau partenarial et aussi sur le bilan national d'activités des ACT 2019.

---

<sup>20</sup> Annexe 8 : photos des appartements

Toutes les équipes du SATO Picardie sont mobilisées pour orienter des personnes concernées, elles sont invitées à partager les informations avec leurs partenaires.

Le site de l'association sera réactualisé.

Une page Facebook sera ouverte et alimentée par l'équipe.

La presse locale sera contactée afin qu'un article paraisse pour présenter la structure.

Une inauguration avec les instances locales représentatives sera organisée.

L'équipe se chargera de la présentation des ACT auprès de tous les partenaires susceptibles d'être intéressés par ce dispositif.

## **PROJET THÉRAPEUTIQUE**

Les conditions d'admission aux ACT sont :

- Être majeur ;
- Être en capacité à vivre seul : l'absence d'encadrement permanent dans le dispositif ACT nécessite que la personne accueillie soit en capacité de vivre seule, et de gérer à minima le quotidien et la tenue de l'appartement qui lui est confié ;
- Adhérer au projet et aux règles de vie définies, notamment, dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ;
- Pouvoir subvenir à ses nécessités alimentaires. La caution, demandée dès l'arrivée, ne remet pas en cause l'admission si elle ne peut être acquittée en totalité ou partiellement.

### **Principes de fonctionnement**

- Le séjour est de six mois renouvelables selon les besoins et souhaits de la personne. Un séjour long peut être envisagé.
- Une participation à l'hébergement est demandée au résident à hauteur de 10% du forfait hospitalier de droit commun. Le résident prend en charge ses dépenses d'alimentation ainsi que les dépenses liées à l'accueil de son entourage. Le versement de ces participations répond aux objectifs pédagogiques sur l'apprentissage de la gestion du budget. En cas de rupture momentanée des ressources du résident et en attendant la régularisation de la situation, l'équipe accompagnera la personne vers des dispositifs associations et caritatifs
- La personne est volontaire et d'accord pour entrer en ACT elle adhère au minima au projet et aux règles de vie définies, notamment, par le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.

## **MODALITÉS D'ADMISSION**

La demande d'admission est l'expression d'une démarche volontaire appuyée par l'envoi d'un document formalisé. Elle exprime dans le cadre d'un processus d'orientation émanant du dispositif de veille sociale, du secteur hospitalier, des services sociaux ainsi que des structures du SATO Picardie. Pour rendre accessible à tous ce dispositif les ACT s'appuieront sur son réseau partenarial notamment les partenaires qui ont pour vocation « d'aller vers » tels les C.A.A.R.U.D et le SAMU social.

Le dossier d'admission est composé de deux volets :

- Un volet administratif et social ;
- Un volet médical.

L'ensemble du dossier est adressé au chef de service des ACT , à noter que le volet médical est à mettre sous plis confidentiel cacheté à l'attention du médecin des ACT.

En première instance, le dossier d'admission est étudié par le chef de service et le médecin coordonnateur des ACT qui, après concertation et constat de faisabilité du séjour présentent la situation à l'équipe lors de la réunion de service. C'est dans cette instance que sont évaluées les différentes démarches à entreprendre ainsi que les premières modalités de prise en charge à mettre en place pour accueillir au mieux la personne dès son premier jour d'arrivée.

Après évaluation, validation de la demande en équipe et disponibilité d'un logement c'est le chef de service qui se charge de contacter la personne concernée. Lors de cet appel un rendez-vous de présentation est fixé. Au cours de cet entretien téléphonique il sera rappelé à la personne qu'elle peut être accompagnée par une personne de confiance. Il lui sera explicité les sens et les modalités notamment le rôle de la personne de confiance dans la compréhension et la conclusion du contrat de séjour. Dans le cas d'une personne à mobilité réduite, fatigable et/ou hospitalisée cet entretien peut s'effectuer sur son lieu d'hébergement et une visite virtuelle de l'appartement peut être proposée.

Si aucune place n'est disponible un courrier accusant réception de la demande et mentionnant l'absence de place dans le dispositif est adressé à la personne ainsi qu'au travailleur social/médecin ayant soutenu la démarche. Des entretiens téléphoniques sont proposés à la personne demandeuse afin de soutenir sa demande. La liste d'attente est mise à jour mensuellement. Les dossiers sont traités par ordre de priorité en fonction de leur date de réception.

Pour les dossiers non recevables, un courrier justifiant la décision est envoyé à la personne et aux professionnels ayant fait la demande.

### **Entretien de présentation**

La personne concernée et son éventuel accompagnant (conjoint, enfant, personne de confiance...) sont reçus par le chef de service et un membre de l'équipe pour un entretien de présentation réciproque. Lors de cette entrevue un point de situation est effectué. Ce temps est également l'opportunité de s'assurer de la bonne compréhension du projet par la personne. En cas de difficultés de compréhension constatés des supports d'échange et de communication adaptés seront utilisés pour faciliter la communication et la rendre accessible à tous.



Une entrevue est également programmée avec le médecin.

Si cela s'avère nécessaire pour assurer une transmission des informations utiles et éviter les ruptures de parcours il sera proposé à la personne si elle en est d'accord de contacter l'équipe médicale et/ou social de la structure orienteuse.

Au terme de cet entretien, après accord de l'équipe, du médecin et acceptation de la personne à s'engager dans un parcours de soin au sein du dispositif ACT, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement lui sont remis et expliqué. Une visite des locaux et du lieu d'hébergement lui sont proposés.

Il dispose alors d'un délai d'une semaine de réflexion pour nous faire part de sa décision.

## **MODALITÉS D'ACCUEIL**

L'arrivée de la personne est préparée en amont par les professionnels des ACT. La date et l'heure d'accueil sont programmées en fonction des disponibilités et souhaits de la personne et des impératifs de service. A son arrivée, la personne est accueillie par le chef de service et l'infirmier. Si la personne est accompagnée d'un enfant et qu'elle ne souhaite pas que son enfant assiste à l'entretien d'admission, une prise en charge adaptée est proposée par l'équipe éducative. Ce temps d'accueil qui débute l'accompagnement et pose les bases de la relation est l'occasion de présenter à la personne l'équipe et son fonctionnement en s'appuyant sur un trombinoscope. Cet outil ludique, accessible à tous permettra à la personne de repérer et d'identifier les rôles et missions de chacun. A la fin de cet entretien il sera relu et réexpliqué, si besoin, les modalités du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement. La signature se fera conjointement au bas des documents. Cette étape formalise les engagements entre la personne accueillie et les ACT.

Suite à cet entretien, la personne accueillie est accompagnée vers son lieu d'hébergement par l'infirmier et le travailleur social afin de procéder à l'état des lieux, la remise des clés et l'installation. Ce temps est l'occasion de rassurer la personne, de s'enquérir de ses besoins immédiats (nourriture, vêtements, produits d'hygiène...) et d'y pourvoir. Si l'état de santé de la personne le permet et si elle le souhaite un point est fait sur les urgences médicales et sociales afin d'y répondre au plus vite. Une découverte de l'environnement sera également proposée.

Les documents sont signés en double exemplaire (état des lieux, contrat clés et badges, règlement intérieur pour les logements collectifs). Un exemplaire est remis au résident, l'autre est rangé dans son dossier.

Une visite est programmée le lendemain de l'arrivée de la personne afin de s'assurer de sa bonne installation et de son bien-être. Les points qui n'ont pas pu être abordés la veille seront abordés. Ce temps est l'opportunité d'établir un état des lieux des problématiques et démarches engagées pour cibler au mieux l'accompagnement dès le début de la prise en charge. Le cas échéant et avec l'accord de la personne, les professionnels qui étaient en

charge de son suivi avant son arrivée aux ACT (médecin traitant, travailleur social) seront contactés.

Ce temps d'échange permet d'établir un état des lieux des problématiques et démarches engagées pour cibler au mieux l'accompagnement dès le début de la prise en charge.

L'équipe des ACT, consciente que l'instauration d'un lien de confiance avec la personne dès l'accueil est un levier essentiel pour lui permettre l'adhésion à son projet est soucieuse de respecter la temporalité de la personne, ses attentes, ses priorités d'actions et ses envies. Elle recueille auprès de la personne les informations qu'elle souhaite partager, nécessaires à la compréhension de sa situation et à l'expression de sa demande.

### **Le dossier unique de la personne**

Conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant le code de l'action sociale et des familles qui introduit l'obligation pour les établissements du social et médico-social de constituer un dossier usager unique, un dossier est ouvert pour chaque résident dès la validation de son admission.

Cet outil nécessaire à la conception, la conduite et l'évaluation des actions menées, recueille toutes les données et écrits professionnels utiles pour rendre compte de la situation et de la problématique de la personne accueillie afin de faciliter la compréhension, l'émergence d'un diagnostic, la conception de la proposition d'un plan d'action et son évolution.

Il est composé :

- d'un volet administratif dans lequel seront mis les contrats et documents remis, expliqués et signés le jour de l'admission (contrat de séjour, document individuel de prise en charge, fiche de renseignements, jugement de tutelle, courriers administratifs, documents spécifiques liés à l'histoire de la personne...) ;
- d'un volet technique dans lequel seront mis les comptes rendus et synthèses de réunions, projet individuel, évaluations, bilans, etc. ;
- d'un dossier médical, sous l'autorité du médecin coordonnateur en lien avec le personnel infirmier ;
- d'un dossier paramédical pour permettre le suivi des constantes, traitements et rendez-vous médicaux.

La confidentialité des données relatives à chaque personne accueillie est garantie dans le respect de la réglementation en vigueur (règlement UE 2016-679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.)

La consultation du dossier social ou du dossier médical est exclusivement réservée aux professionnels sociaux ou médicaux et paramédicaux de l'équipe des ACT (Art 311-3 du CASF).

Une procédure suivie, circulation et partage des informations a été établie à l'attention des professionnels des ACT afin d'uniformiser et sécuriser les pratiques.

Le dossier Unique informatisé permet de créer un espace de travail commun, de rassembler toutes les données dans un même endroit garantissant un accès permanent et sécurisé. L'équipe des ACT dispose d'un logiciel interne sécurisé, de 3 ordinateurs portables et 2 ordinateurs fixes dans les bureaux de chaque site. Les PC portables permettront à l'équipe de se rendre chez la personne accueillie, de disposer et de renseigner le dossier en temps réel si besoin.

Un dossier papier sera ouvert en parallèle afin d'y archiver l'original des documents officiels ou leurs copies, certifiées conformes (personne de confiance, directives anticipées etc.

Ces dossiers papiers seront rangés dans une armoire fermée à clé dans le bureau des ACT le plus proche du lieu d'hébergement de la personne.

### **Consultation du dossier par le résident**

Conformément aux lois de 1978 relatif à la communication par tous les organismes de service public des documents administratifs sur un usager, s'il en formule la demande, loi informatique et liberté de 1979, loi du 2 janvier 2002 et le décret du 15 mars 2002 pour les dossiers judiciaires la personne accueillie a accès à son dossier si elle en fait la demande. Une procédure et un formulaire « demande de dossier » a été mis en place par l'équipe des ACT. Cette procédure sera soumise à l'approbation du CVS dès sa constitution.

Conformément à l'arrêté du 8 septembre 2003, et afin de préserver la personne de toute perturbation que pourrait entraîner lecture de certains éléments, la consultation du dossier s'effectuera avec un accompagnement adapté.

## **MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT**

### **Accompagner la personne dans sa globalité et sa singularité**

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »<sup>21</sup>*

Cette définition de la santé donnée par l'OMS décrit bien les valeurs sur lesquelles reposent l'accompagnement proposé aux ACT du SATO Picardie, avec un accompagnement médical, psychologique et socio-éducatif coordonné.

---

21 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, signé le 22 juillet 1946.

## **Un accompagnement individualisé**

Le Projet Personnalisé (PP) est l'un des 7 outils exigés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La finalité du projet personnalisé est de favoriser l'expression et la participation de la personne dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne. Présenté et expliqué à la personne dès la première semaine suivant son arrivée, il est établi au terme du premier mois en co-construction avec la personne accueillie et les professionnels des ACT. Le PP est annexé au contrat de séjour. Il est réajusté tout au long du parcours de soin. Issu d'un dialogue régulier, recueil d'observations, des souhaits, besoins et attentes de la personne accueillie, le projet personnalisé est un outil qui aide la personne à se reconnaître comme actrice de sa vie, à mieux apprécier ses compétences, à prendre conscience de ses capacités d'autonomie.

### **L'élaboration du projet personnalisé (PP)**

L'accompagnement se met en œuvre autour de deux outils centraux : Le contrat de séjour et le Projet Personnalisé qui détermine des objectifs plus précis à réaliser dans un délai donné. Ce Projet Personnalisé est Coconstruit avec la personne accueillie. Son élaboration prend en compte les besoins de la personne, sa temporalité, son état de santé, son parcours de vie (familial, conjugal...), sa situation sociale et professionnelle. Le médecin coordinateur prend en charge l'évaluation médicale. Il examine les besoins de santé, évalue l'état de santé mentale et physique de la personne, son autonomie générale et détermine la nécessité ou non du recours à des professionnels extérieurs. Les objectifs médicaux entrent eux aussi dans le projet personnalisé

La coconstruction qui s'opère lors de la mise en place du projet permet :

- De clarifier au mieux les problématiques à prendre en compte ;
- De définir des objectifs concrets traduisibles par des actions réalistes et réalisables dans un temps donné (principe de réalité) ;
- C'est un outil contractuel qui aide la personne à se reconnaître comme actrice de sa vie, à mieux apprécier ses compétences, à prendre conscience de ses capacités d'autonomie ;
- Il est élaboré, suivi et adapté au cours d'entretiens individuels entre la personne, le coordinateur de projet/référent, le chef de Service et tout autre intervenant impliqué dans l'accompagnement. Il constitue un support de l'accompagnement.

L'accompagnement proposé tient compte :

- Des problématiques individuelles de la personne ;
- De la nécessité de poursuivre des traitements médicaux quels qu'ils soient ;
  - En liaison avec un service des Centres Hospitaliers Généraux (CHG) ;

- Dans le cadre d'un suivi en médecine de ville ou service spécialisé.

- De la dimension psychologique et familiale grâce à un accompagnement adapté, effectué en lien avec le psychologue ;
- De la dimension socio-éducative en offrant une réadaptation sociale (droits sociaux, citoyenneté, inclusion, autonomie...) et une aide à l'insertion ;
- De la parole et des avis des usagers, en conformité avec les dispositions de la loi 2002-2 relative à la rénovation de l'action médico-sociale.

### **L'accompagnement autour de la santé**

La coordination médicale au sein des ACT implique un travail en équipe pluridisciplinaire. Le médecin coordonnateur n'a pas une mission de soignant/référent (au sens de prescripteur.) Il aide la personne accueillie à établir ou à rétablir une relation de confiance avec le corps médical, à se réinscrire dans un parcours de soin en orientant et en coordonnant les accompagnements avec les différents médecins et professionnels de santé. Sa mission revêt également un aspect administratif à travers la constitution et la gestion du dossier médical. Présent à la réunion d'équipe en présentiel ou par visioconférence, il participe activement à l'élaboration du projet personnalisé de la personne en proposant et en coconstruisant avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire des modalités de prises en charge adaptées aux besoins et ressources de la personne en matière de santé.

### **L'infirmier coordinateur**

Il exerce en lien avec le médecin coordonnateur et les travailleurs sociaux. L'infirmier assure l'accompagnement de la coordination médicale et paramédicale pour chacun des résidents toute la durée du séjour et dans la préparation à la sortie. L'infirmier propose des séances d'éducation à la santé à la personne accueillie lors d'échanges en entretien individuel et/ou d'actions collectives, avec pour thème : les informations sur la maladie, les traitements, les effets secondaires, les modalités de surveillance, l'alimentation... Ces actions sont animées soit par les professionnels de santé de la structure soit par des intervenants extérieurs selon la thématique à aborder.

### **L'accompagnement psychologique**

Une maladie chronique peut impacter la personne dans son vécu corporel, ses comportements, ainsi que ses interactions avec le monde qui l'entoure. Par ailleurs, la précarité peut intensifier un sentiment de mal-être. C'est pour ces raisons qu'un soutien psychologique est proposé. Il apparaît important de pouvoir offrir à la personne un espace de parole au cours duquel elle pourra évoquer l'impact de la maladie dans sa vie.

L'accompagnement apporte un soutien pour ce nécessaire travail lié à la maladie. Les personnes sont invitées à parler des conséquences de la maladie, des pertes rencontrées. Il

s'agit de les aider à restaurer l'estime d'elles-mêmes, à reprendre confiance en leurs capacités.

Une importance particulière sera portée sur le sens que revêt, pour la personne, l'apparition de cette maladie.

Bien qu'un psychologue soit présent au sein de la structure, il est primordial, que chacun des membres de l'équipe soit à l'écoute de la personne.

### **L'accompagnement éducatif et social**

L'accompagnement social, d'après l'article 1 de la Loi de Lutte contre les Exclusions du 29 juillet 1998, se définit comme : « *l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection, de la santé, de la justice, de l'éducation* ». Cette même loi introduit la notion « *d'accompagnement personnalisé pour aider à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à la mise en œuvre de ces droits* ». Les travailleurs sociaux ont donc un rôle d'accompagnant auprès des personnes accueillies notamment dans l'élaboration et la mise en place de leur projet individualisé. Ils proposent également un appui technique pour faciliter l'accès aux droits (aides financières, CAF, CPAM, etc...).

Ils rencontrent la personne hébergée très régulièrement à son appartement et peuvent accompagner physiquement le résident s'il le souhaite pour des démarches suscitant de l'anxiété. Ces professionnels soutiennent le résident dans le quotidien (l'occupation d'une journée ou comment s'aménager des repères dans le temps), courses, gestion du budget. Ils peuvent répondre aux questions et donner des conseils pour l'entretien du logement, voir pour certains actes et selon les capacités des personnes accueillies, montrer comment faire. La fréquence des rencontres est définie avec le résident lors de la construction du projet de vie. Les visites à domicile sont prévues à l'avance. L'équipe s'engage à respecter l'intimité et la vie privée du résident ou des familles. Pour cela, elle prévient toujours par téléphone pour programmer ou annuler une visite à domicile.

Ces visites permettent donc aux travailleurs sociaux d'aider la personne à prendre ses repères, à se servir de l'équipement mis à sa disposition, à gérer l'espace et à évaluer ses besoins.

L'accompagnement éducatif et social est donc une approche globale des besoins du résident. Ce suivi s'étend également à la cellule familiale : travail autour de la parentalité, de la scolarité, médiation familiale, regroupement familial, etc.

Les travailleurs sociaux doivent travailler en partenariat afin d'apporter des réponses adaptées à la situation de chaque personne.

De plus, c'est aussi à eux que revient de travailler avec la personne le projet d'un ailleurs, après le séjour en ACT, par la recherche notamment d'un hébergement et d'une insertion socio-économique (selon l'état de santé de la personne).

Il va de soi que la temporalité de cet accompagnement global se fera dans le respect du rythme de la personne hébergée. De plus, son implication doit être recherchée afin de favoriser une co-construction du projet personnalisé afin que le résident soit acteur de son parcours de soins. Pour cela, il recevra une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement dont il bénéficie, ainsi que sur ses droits et l'organisation du service. Il dispose du libre choix de poursuivre ou d'interrompre le processus de prise en charge. Il est à tout moment libre de s'exprimer sur ses souhaits et ses attentes.

L'accompagnement et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire sont facilités par les moyens de communication développés au cours des confinements de 2020-2021 à savoir la téléconsultation et les visioconférences.

Le projet des ACT est complémentaire à l'offre de soins déjà existante, il en permet sa coordination et limite ainsi les ruptures de soin.

### **Un accompagnement collectif**

En parallèle à cet accompagnement individuel, outre les actions collectives autour de la santé (éducation à la santé, éducation thérapeutique), d'autres temps collectifs sont proposés. Développer la participation des résidents aux activités culturelles, sportives, aux manifestations leur permettent de s'inscrire dans la vie de la cité. Des activités telles que des sorties à la bibliothèque, jeux de sociétés, informatique, etc. sont proposées pour éviter l'isolement des résidents et une inclusion dans la vie associative et citoyenne. D'autres activités de groupe sont organisées selon l'actualité de la vie de la structure et des dates marquantes du calendrier.

Les activités physiques adaptées sont valorisées. Nous travaillons actuellement avec un professeur de Yoga qui adapte ses interventions spécifiques pour le public accueilli au sein des ACT. Cette activité corporelle favorise la détente mais également une prise de conscience de son corps, qui selon les maladies peut devenir un objet de souffrance engendrant un mal être. Cette activité permet non seulement de générer, renforcer l'estime de soi et participe à l'évacuation du stress occasionné par la maladie.

L'expérience d'accompagnement des personnes en structures éclatées nous montre qu'il est parfois difficile de se préparer à manger et de prendre son repas seul. Un atelier « repas collectif » est mis en place dans le but de permettre aux résidents de participer aux préparations du repas collectif et de favoriser les liens sociaux. Les achats, la préparation du repas, le rangement et le nettoyage de la cuisine sont abordés ainsi que les questions de la gestion des denrées et de l'équilibre alimentaire (éducation thérapeutique pour certaines personnes notamment pour celles souffrant de diabète). C'est également l'occasion de travailler la question du budget alimentaire sous l'esprit de « cuisiner à moindre coût ». L'intérêt est aussi que les résidents puissent partager un moment convivial en groupe.

Par ailleurs, un espace de parole est nécessaire aux résidents afin d'échanger autour de la maladie et de ses conséquences (difficultés dans la vie sociale et familiale, craintes liées à l'avenir, l'évolution de la maladie, au traitement, ...). Un groupe de parole est donc proposé, les objectifs sont :

- Offrir aux résidents un espace rassurant dans lequel chacun puisse s'exprimer librement et se sentir en confiance ;
- Favoriser la prise de parole, l'échange et l'élaboration psychique ;
- Développer des liens de solidarité et rompre l'isolement.

Ce groupe est ouvert à tous les résidents sur la base du volontariat. Il est animé par le psychologue.

De plus et dans une perspective thérapeutique, il est souhaité une implication des résidents dans la vie quotidienne des ACT. Un temps d'échange, dit « café collectif » est proposé de façon hebdomadaire. Il est animé par les membres de l'équipe présents. Les questions relatives à la vie du dispositif y sont abordées, ainsi que les propositions et l'organisation de certains loisirs et/ou sortie culturelle. Cette instance participe à la prise en compte de la parole des résidents.

Certains résidents peuvent également se positionner comme pairs aidants. Leurs interventions s'inscrivent :

- Dans une démarche de réduction des risques (au sens large du terme et pas seulement relative au champ de la toxicomanie). Cela peut enrichir les pratiques d'intervention, transformer les représentations des partenaires vis-à-vis des personnes accompagnées ;
- Dans une logique de rétablissement. En valorisant le savoir expérientiel qui pourrait à priori être perçu comme disqualifiant ou dévalorisant, le pair aidant renverse le stigmate et concourt à ce processus de rétablissement.<sup>22</sup>

Les pairs aidants sont généralement plus avancés dans le processus de rétablissement que les usagers qu'ils accompagnent. Ils sont généralement bien écoutés par les usagers, qui se reconnaissent dans l'expérience des pairs aidants et aspirent au rétablissement en constatant que cela est possible. La relation est plus facilement empathique que la relation entre un usager et un professionnel, et elle peut être déterminante dans le parcours de soins.

Les groupes d'entraide/d'auto-support sont portés à la connaissance des résidents et ils sont encouragés à y participer (Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), Vie Libre, Aides).

---

22 [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr), Note pair aidance, 13 juillet 2016



## **La préparation à la sortie**

La préparation à la sortie est abordée, rapidement après l'admission, par un travail de partenariat avec les bailleurs sociaux, les agences immobilières à vocation sociale, le SIAO, les associations qui gèrent des structures d'hébergement afin que les personnes n'ayant pas de domicile fixe ou ne souhaitant pas retrouver leur environnement d'origine puissent intégrer un logement, une structure leur permettant de poursuivre leur parcours sans rupture de soins.

Dans le cadre de cette préparation à la sortie, nous accompagnons le résident dans les choix qu'il a à faire notamment pour permettre une continuité des soins et qu'il s'insère au mieux dans son nouvel environnement (accompagnement lors de différentes visites, aide à la prise de contacts, passage de relais, état des lieux...). L'équipe s'engage à rester disponible pour donner les renseignements utiles à la continuité de ses soins, avec l'accord de la personne. Le médecin coordonnateur constitue un courrier de sortie à l'attention des médecins et professionnels de santé qui le prendront en charge. Une note sociale est également rédigée pour faciliter le suivi administratif des personnes sortantes.

Nous veillons à ce que l'ensemble des relais soit mis en place et s'avère adapté et opérant.

Par ailleurs une fiche de sortie<sup>23</sup> lui est remise avec tous les renseignements qu'il doit avoir en sa possession.

Si le résident rencontre des difficultés pour trouver un médecin traitant proche de son nouveau lieu de résidence, nous l'invitons à utiliser l'adresse mail créée par l'assurance maladie afin de répondre à cette difficulté ([mediation.cpam-oise@assurance-maladie.fr](mailto:mediation.cpam-oise@assurance-maladie.fr)).

Si besoin, la transition entre l'ACT et le logement autonome s'envisage de façon progressive.

Les partenaires de l'hébergement peuvent être sollicités si le résident demande une admission en foyer ou autre structure collective.

En cas de retour en logement autonome, il est soutenu par la mise en place en amont :

- Des passages d'infirmiers libéraux qui se chargeront des soins paramédicaux, de la surveillance du résident et de la poursuite de l'éducation thérapeutique. Cette prise en charge sera rendue possible par une couverture sociale à jour et une prescription du médecin ;
- Des passages de l'aide à domicile comme une auxiliaire de vie qui aidera aux gestes quotidiens de la vie ou de l'aide-soignante qui aidera à la toilette et aux repas ;
- Des prestataires en soins à domicile (oxygène, nourriture parentérale).

---

23 Annexe 10 : fiche de sortie

- Des passages d'ergothérapeute pour l'aménagement du domicile ou donner des conseils d'organisation du quotidien
- Un accompagnement social par le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour assurer l'accompagnement et le suivi social si une reconnaissance MDPH a été obtenue
- Le portage des repas.

L'équipe veille à ce que tous les suivis médicaux et aides médico-sociale soient mises en place dès la sortie du résident, comme cela a été fait à l'entrée des ACT, afin de permettre une continuité des soins.

L'assistant social des ACT se charge de passer le relais à la MDS et CCAS pour l'accompagnement des démarches sociales et aide à la gestion du budget.

Pendant les trois mois suivant la sortie des ACT, cet accompagnement peut être poursuivi si les personnes le souhaitent (sur place ou en entretien téléphonique). L'équipe veille à la bonne intégration de la personne dans son nouveau cadre de vie et au respect des suivis médicaux en cours. De plus, ces anciens résidents sont invités, s'ils le souhaitent et avec l'accord de l'ensemble des participants, à venir aux temps d'échanges collectifs des ACT.

### **Protocoles et procédures**

Un protocole pluriprofessionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire.<sup>24</sup>

Concernant les ACT, des procédures administratives se rapportant au fonctionnement ont été rédigées<sup>25</sup>. Elles portent sur :

- Protocole admission,
- Protocole confidentialité
- Protocole clés
- Formulaire de déclaration d'évènement indésirable grave.
- Protocole d'astreintes
- Protocole empreint du véhicule de service
- Protocole en cas de suivi judiciaire
- Conduite à tenir en cas de présence d'enfant au sein de l'hébergement

<sup>24</sup> HAS, Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels, février 2015

<sup>25</sup> Annexe 11 : procédures administratives

- Protocole en cas de présence d'un animal au sein de l'hébergement
- Protocole de la désignation de la personne de confiance
- Protocole post ACT
- Protocole de directives anticipées
- Protocole disposition au regard des volontés relatives aux funérailles
- Procédure coordination des soins pluridisciplinaires
- Procédure suivi, circulation et partage d'informations
- Protocole réunion de synthèse
- Protocole droit à l'image
- Protocole de réservation de salle commune
- Suspicion ou survenue d'un acte de maltraitance,
- Protocole Bientraitance + Chartre
- Protocole éducation thérapeutique
- Protocole en cas de disparition inquiétante,

Des protocoles médicaux<sup>26</sup> ont également été établis :

- Protocole demande d'accès au dossier médical
- Circuit du médicament et observance des traitements
- Protocole décès
- Protocole en cas d'hospitalisation prévue
- Protocole en cas d'hospitalisation non prévue
- Protocole d'urgence médicale
- Protocole en cas de refus de soins
- Conduite à tenir en cas d'urgence en dehors des heures d'ouverture des ACT.

### **Respect des droits des usagers / bientraitance et prévention de la maltraitance**

La législation garantit l'exercice des droits et des libertés individuels à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>26</sup> Annexe 12 : protocoles médicaux

**Le livret d'accueil**<sup>27</sup> doit fournir, aux personnes accueillies, une description de l'organisation des ACT, de la vie quotidienne et de leurs droits et devoirs. Il est remis à chaque arrivant.

**Le règlement de fonctionnement**<sup>28</sup> définit les droits, les obligations et devoirs de la personne accueillie. Il est remis en même temps que le livret d'accueil, à chaque résident.

Ce règlement de fonctionnement est commun à tous les signataires et engage la personne accueillie. La signature, précédée de la mention « lu et approuvé », du signataire apparaît sur le document.

**Le contrat de séjour**<sup>29</sup> signé scelle l'engagement réciproque entre la personne accueillie et le dispositif. **Le contrat de séjour définit les droits et les obligations des A.C.T. et de la personne accueillie avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.**

En cas de non signature du dit contrat il sera établi un document individuel de prise en charge. L'admission implique un engagement commun au travers d'un projet individuel coconstruit dans le respect et la compétence de chacun.

**Le conseil de vie sociale** est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement de la structure. Il a été défini par la loi du 2 mars 2002 à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles. Il rend des avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement du service (organisation, activités, travaux...). Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- Deux représentants des personnes accueillies
- Un représentant de l'entourage
- Un représentant de l'équipe
- Un représentant du SATO Picardie

Il se réunit au moins une fois par trimestre.

**La charte des droits et libertés de la personne accueillie**<sup>30</sup> identique dans toutes les structures du SATO Picardie sera affichée dans chaque logement et dans les bureaux des ACT. Comme dans toutes nos structures, le chef de service veille au respect des droits des usagers.

**La personne qualifiée** : Le rôle et les missions de la personne qualifiée sont annexés aux documents remis à l'admission. Il est également indiqué comment se procurer la liste des personnes qualifiées du département et comment la saisir.

---

27 Annexe 13 : livret d'accueil ACT

28 Annexe 14 : règlement de fonctionnement

29 Annexe 15 : contrat de séjour

30 Annexe 16 : charte des droits et libertés de la personne accueillie au SATO Picardie

## La bientraitance

Selon les recommandations de l'ANESM, les ACT s'inscrivent dans la démarche de la Bientraitance.

Définition et repères pour la mise en œuvre :

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'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs.

### Les Fondamentaux

La bientraitance relève d'une culture partagée du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité.

- Pour le professionnel, il s'agit d'une manière d'être, de dire et d'agir, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. La bientraitance intègre le souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires, connues et sécurisantes pour tous et d'un refus sans concession de toute forme de violence.

- L'expression de l'utilisateur est valorisée. La bientraitance est concrètement une démarche répondant aux droits de l'utilisateur et à ses choix.

- La démarche de bientraitance est un aller-retour permanent entre penser et agir. Elle exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques des professionnels, et nécessite une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective préconise pour les améliorer. Dans cette optique, elle induit l'adoption d'une culture de questionnement permanent.

- La recherche de bientraitance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Par essence, elle est sans fin. Elle implique une réflexion et une collaboration incessantes entre tous les acteurs d'un accompagnement, à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié, à un moment donné.

### Repère 1 : L'utilisateur, co-auteur de son parcours

Donner une réalité à la liberté de choix

- Respecter les droits et les choix de l'utilisateur concernant sa propre vie
- Personnaliser l'accueil et accompagner l'intégration
- Entendre la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité

-Développer les possibilités de relations entre les usagers et favoriser toutes les possibilités d'autonomie dans la vie quotidienne.

-Être attentif au refus et à la non-adhésion.

L'accompagnement de l'autonomie

-Informer l'utilisateur, premier support à l'autonomie

-Rechercher l'équilibre entre sécurité et autonomie

-Prendre en compte le rythme de l'utilisateur

La communication individuelle et collective

Un projet d'accueil et d'accompagnement défini et évalué

-S'appuyer sur le projet personnalisé

-S'assurer de la continuité du parcours

### **Repère 2 : La qualité du lien entre professionnels et usagers**

Le respect de la singularité, fondement de l'intervention

La vigilance concernant la sécurité physique et le sentiment de sécurité des usagers

-Assurer la protection et le bien-être des usagers

-Veiller à la communication et à l'articulation entre les professionnels

-Informer les usagers sur les changements au sein de l'institution

Un cadre institutionnel stable

Veiller au respect du droit et rappeler la règle

-Intervenir immédiatement en cas de violence et analyser les actes

### **Repère 3 : L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes**

Travailler avec l'entourage et respecter les relations de l'utilisateur avec ses proches

-Prendre en compte l'analyse des proches et créer des occasions d'échange

-Maintenir une approche neutre et sans jugement de valeur

-Aider les personnes isolées à se créer un réseau social

L'articulation avec les ressources extérieures

-Ouvrir la structure et développer des partenariats

-Formaliser les articulations entre professionnels et proche

-Recueillir l'avis des visiteurs

-Mutualiser les expériences entre les structures

La promotion de l'expression et de l'échange des perspectives

-Prendre en compte les perspectives de tous les acteurs

-Apporter des réponses concrètes aux réflexions collectives et individuelles

S'ouvrir à l'évaluation et à la recherche

#### **Repère 4 : Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance**

Une promotion de la parole de tous les professionnels

-Instaurer des moments d'échange réguliers

-Sensibiliser les professionnels sur le sens de leur mission

-Formaliser les observations par écrit pour permettre un suivi

Une prise de recul encouragée et accompagnée

-Accueillir le nouveau professionnel

-Accompagner les équipes

Un projet d'établissement ou de service construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la bientraitance

Définir des objectifs, des moyens et les évaluer

Garantir la bientraitance

L'équipe des ACT s'engage dans une démarche de bientraitance, elle est formée et veille à évaluer ses pratiques à travers les supervisions, les réunions d'équipe et les groupes de travail. La rédaction du protocole « Bientraitance » sert de référence à l'ensemble des acteurs du dispositif pour repérer les situations préoccupantes. Le questionnaire de sortie participe à l'évaluation de la bientraitance. Le CVS et ses comptes rendus écrits permettent de suivre les actions ou besoins à mettre en place. L'équipe signalera par « une fiche d'évènement indésirable » ou via le « formulaire des informations relatives aux événements menaçant la santé, la sécurité ou le bien être des personnes accueillies », tout acte pouvant laisser penser à une maltraitance.

## FINANCEMENT ET GESTION BUDGÉTAIRE

### MOYENS MATÉRIELS

Chaque appartement est équipé d'une ligne téléphonique afin que les résidents puissent joindre l'équipe des ACT ou le personnel d'astreinte.

Les appartements sont meublés et équipés de façon fonctionnelle (meublier, électroménager, vaisselle, petit matériel) pour permettre une mise en service immédiate dès l'arrivée du résident.

Pour assurer la présence et la disponibilité des équipes des ACT sur les deux territoires Creil et Compiègne ainsi que l'accompagnement des résidents dans le cadre de leurs démarches, le service est doté de 2 véhicules. Le bureau des ACT est équipé en matériel informatique.

### MOYENS FINANCIERS

Le budget prévisionnel pour la première année de fonctionnement (dernier trimestre 2021) et le budget prévisionnel en année pleine se déclinent de la façon suivante :

Libellé des comptes ACT		
	3 mois en 2021	Année pleine 2022
Dotation Annuelle	99096	396 384
Participations Usagers		8 760
<b>Total des produits</b>	<b>99096</b>	<b>405 144</b>
TOTAL GROUPE I	10067	28500
TOTAL GROUPE II	55649	241598
TOTAL GROUPE III	33379	135 045
<b>Total des charges</b>	<b>99096</b>	<b>405 144</b>



L'établissement ACT est financé par le budget global de fonctionnement proposé par l'ARS, soit 396.384 euros ainsi que les produits issus de la participation des usagers à hauteur de 10% du forfait hospitalier, actuellement à 20 euros par jour.

Le résident prend en charge ses dépenses d'alimentation ainsi que les dépenses liées à l'accueil d'un accompagnant ou à l'accueil des proches. Le versement de ces participations est une façon de positionner le résident face au principe de réalité, un outil pédagogique dans la gestion de son budget.

# ÉVALUATIONS

## ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE

Une évaluation intermédiaire sera réalisée six mois après l'arrivée du premier résident afin d'évaluer si le projet se déroule conformément aux objectifs. Elle servira à réajuster les actions, démarches, temps consacrés, moyens alloués en fonction des objectifs poursuivis, et à faire un retour aux partenaires de l'action. Des temps identifiés seront consacrés à cette évaluation. Afin de la préparer, la détermination des objectifs devra donner lieu à l'élaboration d'indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) c'est-à-dire des données qui permettent d'apprécier l'atteinte des objectifs.

Les questionnaires de satisfaction des résidents donnés en début de séjour et qu'ils auront rendus au cours ou à la fin de leur séjour seront également utilisés pour cette évaluation intermédiaire.

La coordination avec les partenaires sera également évaluée. Deux niveaux d'évaluation distincts mais complémentaires apparaissent au niveau du collectif qui porte l'action :

- Les résultats du projet : ceux-ci sont à évaluer entre le collectif, les institutions et les usagers-résidents. Un recueil des évolutions permet de restituer de nombreuses informations sur la pluralité des niveaux de changement, des mises en discussion permettent de trier, interpréter, critiquer pour déterminer la valeur de ce qui a été fait. Plusieurs questions peuvent aider à cette évaluation : quels sont les changements observés au regard des objectifs ? Ces résultats vont-ils dans le sens désiré ou dans un autre sens ? Qu'est ce qui permet d'expliquer cela ? Quelles sont les limites de l'action ? Comment serait-il possible d'améliorer cette action ?
- L'évaluation du collectif et la pertinence du partenariat : Le partenariat a-t-il bien fonctionné ? Chacun a-t-il trouvé sa place dans le collectif ? Chacun a-t-il tenu son rôle ? Y a-t-il eu des situations problématiques ? Quel a été l'enrichissement de chacun à travers la rencontre des autres ?

Un bilan sera tiré pour vérifier :

- L'efficacité : c'est la comparaison entre les résultats et les objectifs prévus. Le projet se révèle efficace si les résultats obtenus correspondent à ceux qui sont attendus et si cela nous a permis de répondre aux objectifs prévus.

- L'efficacité : c'est la comparaison entre les résultats et les moyens mis en œuvre (financiers, humains, matériels...). Il s'agit de savoir si les moyens mis à disposition ont été utilisés et optimisés.
- La pertinence : mesure la capacité à choisir les actions les mieux adaptées pour répondre à la demande, au diagnostic, aux objectifs.
- L'impact : cherche à mesurer les effets pour le public ciblé, la structure. L'impact sera réel si les effets sont significatifs et durables.

## **RAPPORT D'ACTIVITÉ**

Un tableau avec les taux d'occupation est mis à jour de manière mensuelle, tenant compte des hospitalisations ou absences des personnes hébergées.

Un rapport d'activité est réalisé chaque année et adressé à l'ARS avec les comptes administratifs.

Le rapport d'activité des ACT fait apparaître les rubriques suivantes :

- Le profil des résidents : âge, sexe, nationalité, pathologie principale à l'origine de la demande, comorbidités, ressources à l'entrée, couverture sociale à l'entrée, mode d'hébergement avant l'entrée, reconnaissance en ALD à l'entrée, recours aux partenaires, membres de l'entourage accueillis, animaux accueillis.
- Les demandes d'admission : origine des demandeurs (département, région ou hors région), établissements à l'origine de la demande (centres hospitaliers, LHSS, LAM, autres établissements médicosociaux), motifs de refus d'admission.
- Les actes et activités : nombre et type d'actes du médecin coordonnateur, de l'infirmier, du psychologue, des travailleurs sociaux, nombre d'activités collectives.
- Les sorties : motifs de sortie, mode d'hébergement à la sortie des ACT, situation sociale à la sortie, relais mis en place.

Comme pour tous nos rapports d'activité, les professionnels sont sollicités pour contribuer à sa rédaction afin notamment d'apporter des explications sur les éléments quantitatifs et également des précisions qualitatives sur leurs activités et le service. Celui-ci est finalisé au mois de juin de chaque année. Nous veillons à la valorisation des missions menées par les professionnels au travers de cet écrit.

De plus, la rigueur dans la retranscription de nos actes et dans le descriptif des profils des publics accueillis nous permet d'adresser le rapport DGS comme nous le faisons chaque année.

## **ÉVALUATION EXTERNE**

La première évaluation doit avoir lieu dans un délai maximum de 5 ans après la date d'autorisation puis une deuxième dans un délai de 10 ans .

L'objectif de ces démarches est double. Dans un premier temps, le travail d'évaluation mené par les équipes et par les usagers, doit permettre la création d'une photographie de ce qui existe en termes de services et de missions de l'établissement. Dans un second temps, et ce de manière contiguë au travail de constat, cette photographie doit engager une réflexion qui a pour but de mettre en exergue la pertinence et la cohérence de chaque mission, service de l'établissement en lien avec le projet associatif et le projet d'établissement. C'est une démarche ouverte et dynamique, créatrice de changement.

« L'évaluation est conduite de manière transparente, notamment dans ses objectifs et ses méthodes. Elle doit être lisible, visible et compréhensible par tous. Cette condition est la base d'une relation de confiance entre acteurs et partenaires »<sup>31</sup>

Il est essentiel que l'équipe encourage la participation des résidents et de leur entourage.

« Être considérés comme « sujets de droit » ne se réduit pas à « avoir des droits ». C'est aussi et surtout « exercer les droits », c'est-à-dire « tenir ses responsabilités », « s'acquitter de ses devoirs » et « prendre la parole ». A ce moment-là, les usagers ne peuvent pas se trouver en position extérieure aux processus pratiques qui les concernent. »<sup>32</sup>

Le SATO Picardie veillera donc à ce que cette première évaluation des ACT s'inscrive dans un processus prenant en compte le contexte, l'environnement, la conduite de l'action et l'accompagnement des personnes accueillies. L'implication de tous sera bien sûr recherchée

Cette démarche mettra ainsi en lumière la qualité des prestations des services proposés aux publics accueillis sur un temps formalisé. Au-delà d'une injonction législative, cette orientation offrira donc une évolution qualitative de l'organisation et du fonctionnement des ACT. Chacun, quelle que soit sa place dans l'organisation, a un rôle à jouer afin que la démarche soit représentative de la qualité de l'accompagnement au sein de la structure. Plusieurs outils seront mis à leur disposition : des rencontres, des diagnostics établis au regard des actions réalisées, des questionnaires permettant le recueil d'informations. Une analyse de ces documents permettra de rédiger le plan d'amélioration de la qualité. Il sera alors présenté aux professionnels et résidents et retravaillé pour établir des préconisations en vue d'améliorer la qualité des prises en charge.

La première évaluation externe des ACT devrait intervenir en 2027, sous réserve de l'entrée en vigueur de la réforme du dispositif d'évaluation des ESSMS. Celle-ci prévoit que les évaluations interne et externe s'effectueront selon une procédure unifiée sur la base d'un référentiel commun.

31 Fédération Addiction- Guide méthodologique Évaluation interne Saison 2 – 2013 – page 9

32 PAPAY Jacques (mars 2009) *L'évaluation des pratiques dans le secteur social et médico-social*, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Vuibert, 262 pages, p206

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Fiches de poste

Annexe 2 : Programmes de formation

Annexe 3 : trame de travail de la charte de bientraitance

Annexe 4 : questionnaire « votre avis nous intéresse »

Annexe 5 : fiche d'événement indésirable du SATO Picardie

Annexe 6 : Document Unique de Délégation

Annexe 7 : Conventions de partenariat

Annexe 8 : Photographies des appartements

Annexe 9 : Dossier d'admission

Annexe 10 : Fiche de sortie

Annexe 11 : Procédures administratives

Annexe 12 : Protocoles médicaux

Annexes 13 : livret d'accueil

Annexe 14 : Règlement de fonctionnement

Annexe 15 : Contrat de séjour

Annexe 16 : Charte des droits et libertés de la personne accueillie au SATO Picardie

## PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

Le SATO-Picardie est implanté sur deux départements de la région Picarde : l'Oise et l'Aisne, il s'étend sur trois territoires de santé : Oise-Est, Oise-Ouest, Aisne-Sud. Par ailleurs, la formation avec l'association le Mail (implantée dans la Somme) d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) nous a permis à compter de septembre 2014 d'investir le territoire de santé Aisne-Nord/Haute-Somme par l'implantation d'un CAARUD sur la base de l'appel à projets de l'ARS qui a retenu notre proposition.

Siège social :

Domaine de Flambermont : 2, rue des Malades, 60000 Saint Martin Le Nœud.

Tél. : 03 44 02 88 68 / Courriel : [sato.secretariat@wanadoo.fr](mailto:sato.secretariat@wanadoo.fr)

Siège administratif et comptable :

42/44, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 60100 Creil.

Tél. : 03.44.66.40.75. / Courriel : [sato.ass.dir@orange.fr](mailto:sato.ass.dir@orange.fr)

Le SATO-Picardie est une émanation de l'Union Départementale des Associations Familiales de l'Oise (UDAFO).

L'association a tenu son assemblée constitutive le 17 décembre 1977 à Beauvais.

Durant ces trente six années d'existence, l'association n'a cessé de s'investir dans les champs des addictions, que ce soit au niveau de la prévention, du soin ou de la réduction des risques, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle et a développé un grand nombre d'initiatives et de projets sur le département de l'Oise et de l'Aisne. Elle gère actuellement :

➤ Un CSAPA ambulatoire composé :

- de trois unités, situées à Beauvais, Compiègne et Creil, qui accueillent des personnes ayant des problèmes d'addictions ainsi que leurs familles. Elles proposent des prises en charge pluridisciplinaires (médiopsychosociales) et développent des programmes de substitution. Ces structures entretiennent des partenariats diversifiés avec les hôpitaux, le Centre Polyvalent d'Examens de Santé de Creil, les services de la Justice ainsi qu'avec le milieu carcéral où elles interviennent (maisons d'arrêt de Beauvais, de Compiègne et le centre de pénitencier de Liancourt).
- de trois pôles prévention : le « Tamarin » à Creil, le « Fusain Ailé » à Beauvais et les permanences de Noyon pour l'unité de Compiègne. Ces structures de prévention

travaillent en étroite collaboration avec les unités de soins. Elles ont pour mission de traiter les problèmes relatifs aux conduites à risques qui se développent chez les adolescents et les jeunes majeurs et d'assurer une aide aux parents en difficulté. On notera que la composition de leurs files actives concerne très majoritairement des personnes confrontées aux problèmes d'usage de cannabis. Ces structures développent de nombreux partenariats, notamment avec l'Education Nationale, les services du Conseil Général de l'Oise et les Communautés des agglomérations dans lesquelles elles sont implantées. Elles travaillent également avec la Justice et jouent un rôle essentiel dans l'organisation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants en milieu ouvert et milieu fermé conformément aux conventions passées avec les Parquets de Beauvais, de Senlis et le SPIP de Compiègne.

➤ Un CSAPA avec hébergement composé :

- des Appartements Thérapeutiques Relais (ATR) à Compiègne qui accueillent des personnes confrontées à des problèmes d'addictions et qui se trouvent dans une démarche de réinsertion. Cette structure est liée à l'unité du CSAPA sans hébergement de Compiègne. Elle développe des liens de travail diversifiés avec différents partenaires locaux du champ sanitaire, social ainsi qu'avec les services de la justice et de la pénitentiaire, notamment grâce à l'existence d'une convention de placement extérieur.
- d'une Communauté Thérapeutique (CT) à Saint Martin le Nœud qui accueille des personnes en proie à des problèmes d'addictions graves nécessitant une prise en charge longue en résidentiel. Cet établissement développe des liens de travail avec différentes structures de soins telles que le CPES de Creil, les CHG de Beauvais et de Clermont, le CMP de Beauvais et le CHI de Clermont ainsi qu'avec la justice et la pénitentiaire, notamment dans le cadre d'une convention de placement extérieur.

➤ Un CAARUD - Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogue. Cette structure, initialement implantée à Montataire, développe son action à un niveau départemental dans le cadre d'une unité mobile qui intervient sur les villes de Compiègne, Creil, Clermont et Beauvais. L'équipe de ce CAARUD travaille essentiellement en direction des usagers de drogues actifs; cependant, elle développe des actions spécifiques dans le cadre de soirées festives ainsi que des interventions dans le milieu carcéral. En 2010, ce même dispositif a été implanté sur le département de l'Aisne sur les villes de Soissons et Château-Thierry.

Par ailleurs depuis cette même année, une action en direction des prostituées s'est engagée sur ces deux départements.

D'une manière générale notre association développe depuis son origine des liens de travail importants avec les CHG des territoires de santé, les CPAM, l'ANPAA, la Justice,

l'Education Nationale, les villes et les communautés de communes. L'on notera que depuis de nombreuses années l'aggravation des processus de marginalisation et de rupture sociale qui touchent le public dont nous nous occupons, nous ont amenés à nous impliquer de façon de plus en plus importante dans le champ de l'urgence sociale.

- Cette évolution s'illustre par la création, en décembre 2010, de 18 Lits Halte Soins Santé (LHSS). Cette structure, le « Pourquoi pas » est un établissement de 18 lits médicalisés situé à Compiègne, destiné à héberger sur une durée de séjour de deux mois renouvelables sur avis médical, des personnes confrontées à de graves processus de désinsertion qui se trouvent, de ce fait, dans un état de marginalisation et de grande précarité et qui souffrent de pathologies somatiques aiguës et/ou psychiques ne nécessitant pas par ailleurs une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée.



## CSAPA AVEC HÉBERGEMENT : L'HISTOIRE

*La prise en charge en résidentiel des personnes dépendantes a été une préoccupation initiale qui a présidé à la création de l'association.*

⇒ En effet, en 1979, un an après sa création, le SATO ouvre le centre de Postcure le « Bouriflet », situé à Amy au Nord-est de Noyon, dans le département de l'Oise.

Cette structure de 10 lits a fait partie, à l'époque, des projets expérimentaux destinés à prendre en charge des toxicomanes « lourds », essentiellement des héroïnomanes.

Le projet thérapeutique était fondé sur la recherche de nouvelles modalités d'accueil et de prise en charge largement inspirées des projets communautaires qui existaient alors en Amérique du Nord.

Ce projet institutionnel constituait une alternative à la psychiatisation et à la médicalisation de la prise en charge des personnes toxicomanes.

Durant les dix premières années, au fil de l'expérience acquise, cette structure s'est professionnalisée et a fait évoluer sensiblement son projet thérapeutique.

⇒ En 1990, en parallèle à la Postcure, le SATO-Picardie se dote d'une nouvelle structure en résidentiel : les Appartements Thérapeutiques Relais.

L'UHMU - Unité d'Hébergement en Milieu Urbain - située à Compiègne s'adresse d'une part à des personnes toxicomanes dont le projet de soin est bien avancé mais qui ont besoin encore d'être accompagnées, de façon plus distanciée, dans leurs démarches de réinsertion sociale et professionnelle et d'autre part à des personnes toxicomanes ou non, séropositives ou malades du SIDA.

Ce service est composé d'une part, de logements indépendants loués aux bailleurs sociaux et d'autre part de deux maisons - dont une, à l'époque, réservée à l'hébergement de personnes atteintes du VIH - qui peuvent héberger, respectivement, en collectif, 3 résidents.

La capacité totale d'accueil est de 11 places (dont 3 réservées aux personnes atteintes par le VIH) pour des personnes majeures hommes ou femmes, couples avec ou sans enfants.

On notera que dès la mise en place des traitements de substitution aux opiacés), cette structure offrira la possibilité d'héberger des personnes sous TSO.

⇒ En 1993, l'association étend la capacité d'accueil de sa Postcure de 5 lits soit un total de 15 places.

Cette même année, la Direction Générale de la Santé (DGS) accepte le projet de création d'une Communauté Thérapeutique.

⇒ En 1994, au mois d'août, l'association fait l'acquisition d'une maison bourgeoise dans un parc de 12 hectares : « Le château de Flambermont », à Saint Martin le Nœud, situé aux environs de Beauvais. Après un travail de présentation et d'explication auprès du maire et des élus de cette petite commune, le conseil municipal, par un vote à l'unanimité, donne son accord de principe pour l'implantation de cette institution.

⇒ En 1996, au mois de mars, après que fut réalisée la première tranche de travaux nécessaires à l'accueil des premiers résidants, le SATO-Picardie ouvre l'une des premières Communautés Thérapeutiques agréée en France. Ce projet correspondait à l'époque à une volonté d'innover dans les modalités d'accompagnement des toxicomanes. En effet, il n'existait pas dans notre pays d'institution qui reprenait le modèle des Communautés Thérapeutiques alors que celui-ci était déjà très répandu en Europe notamment en Italie, en Espagne, au Portugal et au Royaume-Uni. Notre association qui été engagée à l'époque dans des programmes d'échanges européens au sein du réseau T3E - Toxicomanie Europe Échanges Études - dont elle était l'une des instances fondatrices, a pu bénéficier de ce fait d'une aide précieuse pour l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet.

Dès son ouverture, cette institution a fait le choix d'accueillir des personnes très marginalisées, poly- consommatrices de drogues licites et illicites. Des liens de travail ont alors étaient établis avec de nombreux Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) et des structures d'accueil « bas seuil ».

D'une capacité d'hébergement de 25 lits, cette structure accueille des femmes et des hommes, majeurs, pour des durées de séjour d'une année renouvelables une fois.

Cette Communauté Thérapeutique a été la première structure spécialisée française avec hébergement qui a accepté des résidants sous traitement de substitution, bien qu'à l'époque elle ne fût pas médicalisée et que son projet initial ne la destinât pas particulièrement à l'accueil de ce public. Confrontés à cette réalité nous avons pu expérimenter et vérifier qu'il était parfaitement possible d'inclure, dans le même dispositif institutionnel, des personnes sous substitution et d'autres qui ne l'étaient pas.

⇒ En 1999 fermeture de la Postcure « Le Bouriflet ».

⇒ En 2001, la Communauté Thérapeutique est médicalisée grâce à la création d'un 0,2 ETP de médecin généraliste et d'un ETP d'infirmière. Cette opportunité a constitué un événement important dans l'évolution et la maturation du projet. Elle a permis en effet, d'élaborer et de trouver les réponses nécessaires à la prise en compte réelle des problématiques médicales dans lesquelles se trouvait la population accueillie. Elle a

favorisé l'amélioration des modalités de prise en charge liées en particulier aux pathologies somatiques induites par l'abus de drogues notamment les hépatites ainsi que les problèmes posés ponctuellement par l'existence d'une comorbidité psychiatrique et, donc la nécessité d'un suivi médical des traitements au cours du séjour.

- ⇒ En 2003, la Communauté Thérapeutique de Flambermont est intégrée comme Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) avec hébergement dans le champ médico-social.
- ⇒ En 2004, la structure Appartements Thérapeutiques Relais perd la subvention allouée depuis son ouverture pour les 3 lits dédiés à l'hébergement de personnes atteintes par le VIH.
- ⇒ En 2005, en réponse à l'appel d'offre de la MILDT/DGS, un projet d'extension de 10 lits à la Communauté Thérapeutique est déposé.
- ⇒ En 2007, ce projet est agréé. Les travaux nécessaires à cette augmentation de capacité qui ont commencé fin 2008, s'achèveront fin 2009.
- ⇒ En 2009, suite à la circulaire DGS du 10 mars 2006, le SATO-Picardie réorganise son dispositif de prise en charge en addictologie dans le cadre des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui se substituent aux Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST). L'association regroupe ses structures en résidentiel autour d'un CSAPA avec hébergement composé de la Communauté Thérapeutique et des Appartements Thérapeutiques Relais.
- ⇒ En 2010, le SATO-Picardie fête ses 30 ans. Cet anniversaire sera également l'occasion d'inaugurer les nouveaux locaux de la Communauté Thérapeutique de Flambermont qui porte dorénavant sa capacité d'accueil à 35 lits.

## **LE DISPOSITIF**

### **ORGANIGRAMME DES STRUCTURES**

La responsabilité du CSAPA avec hébergement est placée sous l'autorité d'un directeur d'établissement qui gère les deux structures qui le composent ainsi que la structure Lits Halte Soins Santé (LHSS) de l'association. Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention aux Addictions avec hébergement se compose de deux structures qui se situent sur deux territoires de santé, soit :

- Le territoire de santé Oise-Ouest pour la Communauté Thérapeutique de Flambermont.
- Le territoire de santé, Oise-Est pour les Appartements Thérapeutiques Relais.

### **IMPLANTATION DES STRUCTURES**

La Communauté Thérapeutique est à Saint Martin le Nœud.

Les Appartements Thérapeutiques Relais sont à Compiègne.

### **CHIFFRES CLÉS 2014**

79 files actives : 61 à la Communauté Thérapeutique, avec un taux d'occupation de 80 % et 18 en Appartements Thérapeutiques Relais, avec un taux d'occupation de 83 %

Au total, 21358 files actes en résidentiel.

### **MISE EN CONFORMITÉ**

Lors de la construction des nouveaux bâtiments d'hébergement, d'activité et de bureaux de la CT de Flambermont, l'ensemble du site a été réétudié de façon à pouvoir répondre aux obligations légales en matière d'accueil des personnes à Mobilité Réduite (PMR). Deux chambres sont équipées pour recevoir les personnes se déplaçant en fauteuil en rez-de-chaussée du bâtiment initial d'hébergement. L'ensemble des salles d'activité et de vie ainsi que les cheminements extérieurs permettent le déplacement et l'accès aux PMR.

Pour les ATR de Compiègne, ni les bureaux (hébergés au premier étage) dans la résidence « Pourquoi pas » (qui accueille également les LHSS) ni les appartements (loués aux bailleurs sociaux) ne sont adaptés à l'accueil de PMR. Toutefois, l'accueil des personnes est possible

dans la Résidence « Pourquoi pas » dans les bureaux des LHSS en rez-de-chaussée qui peuvent être mutualisés entre les deux services à cette occasion. Il est envisagé, dans le cadre des adaptations nécessaires, de demander aux bailleurs sociaux la mise à disposition à l'avenir d'appartements adaptés aux PMR en remplacement d'un ou plusieurs des appartements actuels.

## **GESTION BUDGÉTAIRE**

Le CSAPA avec hébergement du SATO-Picardie est principalement financé par une dotation globale de fonctionnement médico-sociale versée par la caisse primaire d'Assurance maladie de l'Oise sous contrôle de l'Agence Régionale de Santé de Picardie (délégation Territoriale de l'Oise). Pour l'exercice 2014, les dépenses autorisées s'élevaient à :

- Pour la Communauté Thérapeutique de Flambermont, 1.336.697, 08 € ;
- Pour les Appartement Thérapeutiques relais, 246.249, 67 €.

Un cofinancement est assuré pour les Appartement Thérapeutiques relais par la Caisse d'Allocations Familiale de l'Oise dans le cadre des Allocations de Logement Temporaire. Pour l'exercice 2014, il s'élevait à 20.475, 72 €.

Enfin, les résidents des ATR versent une participation financière calculée sur la base de leurs revenus et qui, pour l'année 2014, s'est élevée à : 5.300 €.

## **PRINCIPES GÉNÉRAUX**

Le SATO-Picardie ne porte pas de jugement sur le comportement et les choix des consommateurs de produits psycho-actifs. Son objectif est d'apporter la meilleure réponse possible en fonction de la problématique et des souhaits de chacun : aider à sortir de l'addiction pour renouer avec une vie sociale, réduire les risques liés à la consommation de drogue pour les personnes dépendantes qui ne sont pas dans une démarche de sevrage et sensibiliser sur les comportements à risque.

⇒ La proximité

Le CSAPA avec hébergement travaille en lien avec les différents services de l'association, le CAARUD, les trois unités qui composent le CSAPA sans hébergement et les Lits halte Soins Santé.

Cette collaboration permet en aval comme en amont d'être au plus près des besoins et des demandes des publics en difficultés.

- En aval : en offrant des possibilités d'hébergement pour un public qui désire s'orienter vers une abstinence et/ou qui désire acquérir une autonomie sociale et psychologique,

- En amont : en permettant aux résidents, après un hébergement, d'être, si besoin, soutenus par les équipes ambulatoires.

Cette structure collabore également avec tous les services médico-sociaux et/ou sanitaires concernés par l'addictologie afin de répondre aux éventuelles demandes d'hébergement des personnes qu'elle accompagne (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), service addictologie hôpitaux de Compiègne, Clermont de l'Oise, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), etc.

⇒ La pluridisciplinarité

Les équipes des structures du CSAPA avec hébergement sont constituées, selon le service, de professionnels de santé (médecins/infirmières), de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistante sociale, aide-méxico-psychologique), d'éducateurs techniques, de psychologues, d'animateurs et de veilleurs de nuit.

On notera que la spécificité du projet thérapeutique de la communauté favorise l'intégration dans l'équipe, d'anciens usagers. Dans cette perspective, deux personnes sont actuellement associées (et salariées) à ce titre dans l'équipe - l'une d'entre elles ayant un diplôme d'AMP est dans une dynamique de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour devenir éducateur spécialisé et l'autre devrait à terme s'engager dans une formation qualifiante.

⇒ L'accompagnement

Les équipes du CSAPA avec hébergement assurent le suivi des usagers tout au long de leurs parcours de soin. Cependant, selon la structure, les temps de séjour sont limités :

- Une année renouvelable une fois pour ce qui concerne la Communauté Thérapeutique.
- Six mois, renouvelables mois par mois jusqu'à 1 an de séjour maximum pour ce qui concerne les Appartements Thérapeutiques Relais.

## **CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE HÉBERGÉE**

### **Règlement de fonctionnement**

#### **Préalables**

L'hébergement doit être fondé sur **la libre adhésion et le volontariat**. Toutefois, les structures du CSAPA avec hébergement de l'association interviennent également dans des cadres où l'utilisateur est contraint en particulier dans le cas d'un « placement extérieur » ordonné par le juge des affaires pénales. Cette obligation constitue pour l'utilisateur une

occasion (parfois la première) d'une rencontre avec des professionnels du soin ou du travail social spécialisé dans l'aide aux personnes qui consomment des substances psycho-actives.

Il est de la compétence des équipes pluridisciplinaires de tenter de transformer le caractère obligatoire de la venue de ces personnes en une démarche porteuse de sens pour elles et d'aboutir, si possible, à une prise en charge en résidentiel volontaire et durable.

### **Les principes généraux de fonctionnement**

⇒ Les structures du CSAPA avec hébergement du SATO-Picardie répondent aux dispositions relatives aux droits des usagers prévues aux articles L. 311.3 et suivants du CASF.

Celles-ci prévoient notamment :

- Un contrat de séjour ou Document Individuel de Prise En Charge (DIPEC). La loi (article L. 311-4 du CASF) prévoit qu'il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il est élaboré par le professionnel référent avec la participation de la personne accueillie. Il tient compte du projet thérapeutique de l'établissement, de la santé et du parcours de la personne accueillie,
- La mise en place d'un conseil de vie sociale ou d'autres formes de participation afin d'associer les résidents au fonctionnement de l'établissement (art. L. 311-6 et D. 311-3 du CASF),
- Un règlement de fonctionnement est annexé au livret d'accueil : il définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement (article L. 311-7 et D 311-23 et suivants du CASF).

⇒ Il est rappelé que le CSAPA avec hébergement est constitué de structures laïques qui respectent la liberté de pensée et de croyance de chacun mais qui ne proposent à ce titre aucune activité culturelle en leur sein. Une participation à des activités culturelles peut être proposée en dehors de la structure. Celle-ci ne peut avoir de caractère obligatoire pour les résidents. Elle n'entre pas dans le parcours de la personne accueillie, ni dans l'évaluation de ce parcours. Elle n'est pas financée par le budget alloué à la structure pour la prise en charge des résidents.

⇒ Aucune discrimination, de quelque ordre que ce soit, ne peut être tolérée au sein des structures du CSAPA avec hébergement. Chaque usager a droit au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée (loi du 17/07/1970- code civil Art.9), de son intimité et de sa sécurité ; il peut donner son avis sur toutes les questions qui intéressent le fonctionnement de la structure et prendre connaissance des éléments qui constituent

son dossier, ainsi que le prévoit l'article 14 du décret du 24 mars relatif à la loi du 2 janvier 2002 et selon la procédure en vigueur (voir annexes).

- ⇒ Les données qui concernent chaque personne accueillie font l'objet d'un traitement informatisé dans le respect des conditions fixées par la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée.
- ⇒ Les salariés de l'association sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles prévues par le code pénal. Cependant, dans certains cas, la levée du secret est permise, voire obligatoire (Art.40 de la loi n°83-634 du 13/07/1983). Les professionnels doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour toutes les informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions (Art.26 de la même loi). La loi du 04 mars 2002 instaure le secret partagé à trois conditions cumulées :
  - Les professionnels concernés poursuivent le même but,
  - Le partage est limité à ce qui est strictement nécessaire pour atteindre ce but,
  - L'intéressé est averti, voire, a donné son accord.
- ⇒ En cas de différent suite à une décision prise par l'équipe pluridisciplinaire, l'utilisateur a l'opportunité d'adresser un recours au chef de service, au directeur d'établissement ou, le cas échéant, au directeur général de l'association. Dans l'hypothèse d'un différent persistant, il peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'il aura choisie sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil Général. Le SATO-Picardie s'engage à porter cette liste à la connaissance des personnes accueillies, par voie d'affichage, dès lors que celle-ci aura été établie par les autorités compétentes.
- ⇒ L'utilisateur a le droit de recevoir une information claire, compréhensive et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement dont il bénéficie, ainsi que sur ses droits et l'organisation de la structure. Il dispose du libre choix de poursuivre ou d'interrompre le processus d'accompagnement
- ⇒ L'introduction, la consommation et/ou l'échange de produits stupéfiants et/ou d'alcool, le mésusage médicamenteux dans les lieux d'hébergement sont interdits- des contrôles urinaires pourront être effectués pour vérifier l'observance de cette règle - ainsi que toute forme de violence verbale ou physique. Dans l'hypothèse d'un incident grave, après avoir apprécié la situation au regard des droits des personnes, le SATO-Picardie se réserve le droit de porter plainte ou d'assister le dépôt de plainte d'une personne accueillie ou d'un professionnel qui aurait été victime de cet incident au sein de la structure.



⇒ Les transgressions liées aux règles de vie à l'intérieur des structures du CSAPA avec hébergement peuvent donner lieu à des sanctions graduées selon la gravité des faits. Elles vont du simple rappel des règles, formulées solennellement par l'équipe pluridisciplinaire, à l'exclusion soit temporaire soit durable.

⇒ Le présent règlement est susceptible d'être modifié ; dans cette éventualité, les nouvelles dispositions devront être portées à la connaissance de l'utilisateur.

## **MISSIONS DES STRUCTURES**

Le CSAPA avec hébergement composé de deux structures doit permettre de développer des synergies et des complémentarités susceptibles d'améliorer sensiblement les perspectives de prise en charge des usagers qui nécessitent ce type de réponse thérapeutique.

L'un des objectifs majeurs de cette section spécifique est de promouvoir une approche généraliste des problèmes liés aux addictions en favorisant un accueil de résidents confrontés à des dépendances aux produits licites et illicites ainsi que, le cas échéant, à des dépendances sans produits.

La section de soin avec hébergement bénéficie de l'ensemble des partenariats initiés par l'association dans le cadre de conventions avec les différents services et institutions du champ médico-social et spécialisé en addictologie des territoires de santé Sud-ouest et Sud-est de la région Picarde.

### ➤ Pour la Communauté Thérapeutique

La première mission de cette structure est d'aider les personnes dépendantes à gérer leur existence et leurs difficultés par eux mêmes, sans avoir à recourir à des produits psycho-actifs.

Elle accueille, selon le principe de la libre adhésion, des hommes et femmes majeurs qui souffrent d'une dépendance majeure à une ou plusieurs substances psycho-actives licites et/ou illicites et qui manifestent le désir de s'orienter vers un choix d'abstinence.

### ➤ Pour les Appartements Thérapeutiques Relais

L'objectif de cette structure est de permettre à des personnes dépendantes, hommes ou femmes majeurs, sevrées ou substituées, de s'inscrire dans la réalisation de leur projet d'accès à une plus grande autonomie.

L'expérience nous a enseigné que c'est avant tout l'alliance thérapeutique qui fonde l'avancée d'un parcours de soins, quel que soit le type d'addiction et les techniques utilisées par ailleurs.

Un travail relationnel de qualité est la pierre d'angle de l'accompagnement.

Toutefois, seul un soutien prolongé sur les plans médical, psychologique et social peut aider ces personnes à mobiliser leurs ressources personnelles pour dégager des facteurs d'évolution et de changement.

## **LA COMMUNICATION**

### **La communication interne**

#### **Le circuit de réunions**

##### **La réunion d'équipe**

Les équipes de chacune des structures qui composent le CSAPA avec hébergement se réunissent hebdomadairement. Tous les salariés (ainsi que les éventuels stagiaires) sont présents à cette rencontre, animée par le directeur d'établissement et/ou le chef de service. Un (ou des) représentant(s) de l'équipe de direction peut s'y inviter ou être sollicité sur demande particulière de l'équipe ou du chef de service. Sont abordés lors de ces réunions :

- Les situations des usagers et les décisions à envisager au sujet de leur prise en charge.
- Le suivi régulier du rapport d'activité (statistiques, écrits, etc.).
- Le fonctionnement de la structure.
- Les informations qui concernent la vie de l'association ainsi que les offres de formation et/ou de colloques.
- Les collaborations de travail avec le partenariat. A ce titre, des rencontres avec des partenaires peuvent être organisées dans le cadre de cette réunion.

Cette réunion est un lieu d'expression de la transdisciplinarité et de la collaboration.

D'autres outils, tels les cahiers de liaison ainsi que les nombreuses transmissions informelles, viennent compléter et favoriser la communication et la coordination des soins pluridisciplinaires.

##### **Les réunions transversales**

Chaque semestre est proposé (sur suggestion de l'équipe d'encadrement et/ou des salariés) à toutes les équipes des différents services de l'association une demi-journée de travail autour d'une thématique commune. L'objectif de ces réunions est de permettre d'une part la rencontre et l'échange des salariés autour de leur pratique respective et, d'autre part, de maintenir une cohérence dans l'offre de services.

### **La formation continue / Les colloques**

Dans le cadre de la formation continue, l'association organise en interne un certain nombre de formations obligatoires ou en lien avec les besoins recensés (formation incendie, formation aux premiers secours, formation et/ou approfondissement de l'utilisation de l'outil informatique et, en particulier, du logiciel Pro-G-Dis, formation à la dynamique de groupe, formation en alcoologie, formation à l'utilisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique de l'infection HIV (TROD), etc.).

Par ailleurs, chaque salarié peut émettre ses propres souhaits de formation. Ces demandes sont alors étudiées en réunion de cadres ainsi d'ailleurs que les demandes de participation à des colloques et/ou séminaires (rencontres annuelles de l'Association Française de Réduction des Risques (AFR), de la Fédération Française d'Addictologie (FFA), etc.).

### **L'accueil des stagiaires**

Chaque année, les structures du CSAPA avec hébergement accueillent des stagiaires venus d'horizon très divers. En priorité, nous accompagnons des élèves travailleurs sociaux ; éducateurs spécialisés ou moniteurs éducateurs, des assistants du service social, des élèves infirmières des IFSI du département ou de départements voisins et des étudiants en psychologie. Nous recevons également des médecins généralistes ou psychiatres en Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie et des étudiants CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) ou CAFDES (Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissements ou de Services d'Intervention Sociale).

Les courriers de demandes de stage sont centralisés à la direction générale qui les répartit ensuite selon les disponibilités des services. Après consultation en équipe, chaque structure donne son avis sur ces possibilités d'accueil. Une rencontre avec le stagiaire est prévue avant de donner un avis définitif sur son arrivée. Dans le cas d'une réponse positive, un moniteur de stage est alors désigné. Des bilans périodiques sont réalisés tout au long du stage.

Il est nécessaire de développer, en amont, nos relations avec les différentes écoles qui nous adressent des stagiaires.

### **La communication externe**

La pertinence de la communication externe de l'association est aujourd'hui primordiale vis-à-vis de ses publics ciblés, de ses partenaires et des réseaux. Elle joue également un rôle fondamental pour son image et sa notoriété. En ce sens, il est nécessaire de développer la stratégie de communication et de mettre une attention toute particulière sur les différents supports déjà utilisés (livrets d'accueil, plaquettes d'information, flyers, site internet, Facebook, organisation de colloques, etc.) et sur les éventuels autres supports à mettre en œuvre.

*Redynamiser le site de l'association (sato.asso.fr). Réactualiser les informations.  
Envisager la création d'une « newsletter » avec la participation des usagers.  
Développer l'organisation de colloques en partenariat avec les acteurs locaux.*

## **LES APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES RELAIS**

74 rue de Stalingrad, 60200 Compiègne.

Tél. : 03.44.96.11.14.

Courrier : [sato.atr@orange-business.fr](mailto:sato.atr@orange-business.fr)

*Les Appartements Thérapeutiques Relais permettent de se confronter aux réalités sociales, matérielles, professionnelles et affectives, tout en bénéficiant du support d'une équipe pluridisciplinaire qui soutient les objectifs socio-éducatifs et thérapeutiques de la personne hébergée ainsi que leurs modalités de réalisation.*

L'accompagnement aux Appartements Thérapeutiques Relais est à la fois global et individuel. En effet, il est adapté à chaque personne et à chaque situation particulière. Toutefois, il inclut la prise en compte d'une dynamique communautaire qui s'appuie sur le soutien des pairs, en particulier dans le cadre des activités groupales proposées aux usagers qui n'ont pas encore pu intégrer une vie sociale « active ».

### **Renseignements administratifs**

- N° FINESS : 60 001 917 7
- N° SIRET : 313 413 155 00109

## Organigramme du personnel

0,1 ETP Directeur d'établissement

0,5 ETP Chef Service

1,5 ETP Éducateur Spécialisé

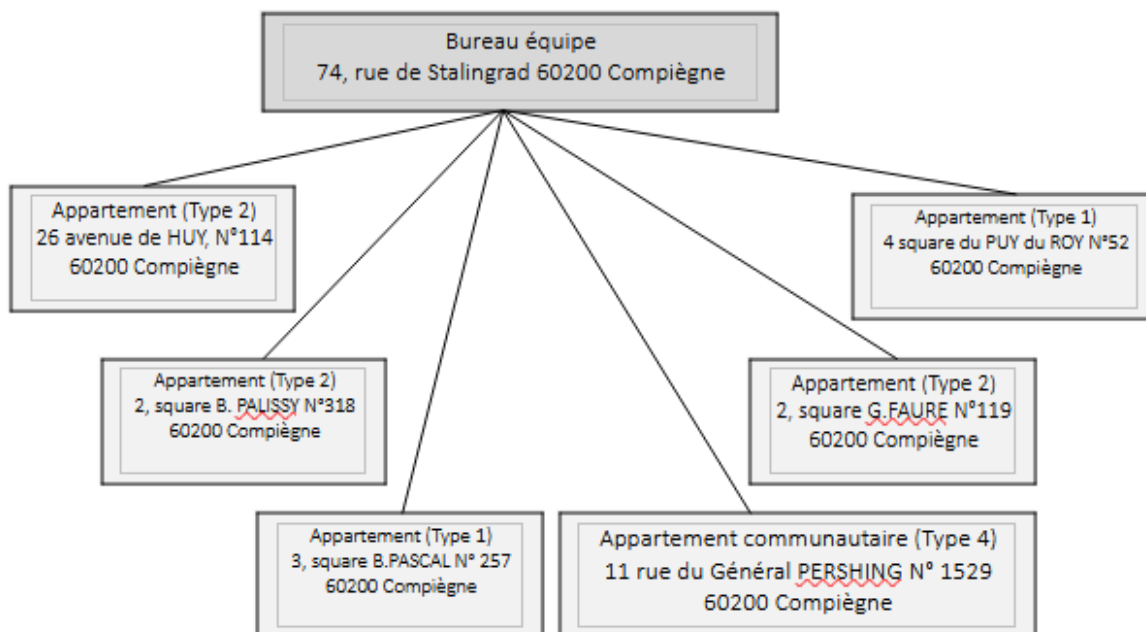
0,5 ETP Assistante Sociale

## Implantation des appartements

Les Appartements Thérapeutiques du SATO-Picardie représentent 5 unités d'hébergement individuel et une unité d'hébergement collectif qui peut recevoir 3 résidents.

Ces appartements, banalisés, sont meublés et entièrement équipés. Ils sont inscrits dans le tissu urbain et répartis sur la ville de Compiègne.

L'association loue ces appartements auprès de bailleurs sociaux.



## Le projet thérapeutique

*Favoriser et développer une autonomie sociale et psychologique des personnes hébergées.*

Le projet des Appartements Thérapeutiques Relais prend en compte toutes les formes de dépendances - toxicomanies, alcoolisme - et les nouveaux types de consommation, notamment le développement de la poly-toxicomanie et des addictions sans produits (jeux, etc.).

L'accompagnement aux Appartements Thérapeutiques Relais vise, à moyen terme, l'intégration ou la réintégration des personnes dans des circuits de droit commun. En ce sens, il s'oriente et se concentre vers l'expérimentation de l'autonomie de l'utilisateur, en particulier, dans son inscription sociale et le renforcement de son identité.

L'accompagnement passe nécessairement par l'adhésion des personnes au projet institutionnel et au contrat de séjour. Il requiert une implication réelle de l'utilisateur aux propositions de l'équipe pluri-professionnelle : insertion professionnelle et sociale, gestion financière (qui inclut le rapport de l'utilisateur à l'argent et à sa gestion domestique), santé, confrontation aux relations affectives, voire, prise en compte de la solitude et gestion de l'isolement.

Cet accompagnement réclame de la part de l'utilisateur une capacité à verbaliser en groupe ses difficultés, ses avancées et ses éventuelles rechutes. Elle demande également de sa part un réel partage des liens sociaux (qui s'engagent ou se trouvent réengagés par l'utilisateur au cours de son séjour), tant sur le plan affectif qu'avec ses proches ainsi qu'avec toute autre instance.

Notons que l'admission et l'engagement d'un utilisateur au sein des Appartements Thérapeutiques Relais marque sa volonté affirmée de changement afin qu'il puisse tendre à la consolidation de sa démarche de soin, voire à son abstinence. Elle s'appuie sur une démarche à connotation communautaire qui doit favoriser l'avancée personnelle de chaque utilisateur.

### **Les objectifs**

- Accueillir des personnes dépendantes, abstinentes et/ou stabilisées dans leur consommation à l'aide d'une substitution, qui désirent poursuivre un processus thérapeutique et entreprendre une démarche de réinsertion sociale et professionnelle.
- Permettre une alternative à l'incarcération en offrant, grâce à une convention de « placement extérieur », une perspective de soins et de réinsertion pour des personnes dépendantes sous main de justice.
- Articuler les Appartements Thérapeutiques Relais à un dispositif plus vaste tant en interne au SATO-Picardie, qu'en externe, pour l'ensemble des structures médico-sociales et sanitaires qui œuvrent dans le champ de l'addictologie.

### **Modalités d'accès**

- Poursuite d'une prise en charge initiée dans une structure spécialisée avec hébergement de type postcure ou communauté thérapeutique dans une perspective d'autonomisation et de réinsertion sociale et professionnelle.
- Indication faite dans le cadre d'un suivi effectué dans un CSAPA sans hébergement.
- Orientation à partir de différents services du champ médico-social.

- Demande qui émane du partenariat établi avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).
- Démarche personnelle de l'intéressé.

*Le recrutement des résidents s'effectue au niveau national ; cependant une priorité est donnée aux demandes qui proviennent de la région Picardie.*

L'accompagnement proposé tient compte :

- De la problématique individuelle des usagers, de leurs difficultés sociales et de la mise en œuvre d'une dynamique d'insertion en fonction du projet personnalisé de chacun ;
- De la nécessité de poursuivre des traitements médicaux soit :
  - en articulation avec les unités du CSAPA sans hébergement du SATO-Picardie, notamment pour la méthadone,
  - en liaison avec un service des CHG, plus particulièrement avec le service d'alcoologie du CHG de Compiègne et le service de médecine interne du CHI de Clermont,
  - dans le cadre d'un suivi en médecine de ville ;
- De la dimension psychologique et familiale grâce à un accompagnement adapté, effectué en lien avec le psychologue de l'unité de Compiègne du CSAPA sans hébergement (ce dernier intégrant la dimension communautaire à l'œuvre dans l'accompagnement des ATR) ;
- De la parole et des avis des usagers, en conformité avec les dispositions de la loi 2002-2 relative à la rénovation de l'action médico-sociale.

### **Critères d'admission**

*Le postulant doit engager une démarche personnelle en adressant un courrier qui précise sa situation personnelle et ses motivations. Cette initiative peut être accompagnée d'un contact et/ou d'un rapport de l'équipe ou de la structure qui accompagne cette personne.*

Les courriers sont étudiés régulièrement par le chef de service et l'équipe.

Deux entretiens téléphoniques sont proposés à quelques jours d'intervalle en vue d'une possible admission et, le cas échéant, une rencontre avec l'intéressé peut être envisagée.

### **Les conditions d'admission**

- Être majeur,



- L'absence d'encadrement permanent dans cette structure exige que les personnes qui sollicitent ce type d'hébergement soient en capacité de vivre seules et de gérer à minima le quotidien et la tenue de l'appartement qui leur sera confié ;
- Adhérer au projet et aux règles de vie définis, notamment, dans le contrat d'accompagnement des Appartements Thérapeutiques Relais ;
- La durée de l'hébergement est de six mois renouvelables mois par mois jusqu'à 1 an maximum. Le/la résident(e) qui sollicite un hébergement devra s'engager dans un contrat individualisé qui précise son projet de réinsertion ;
- Avoir atteint, dans son évolution personnelle et dans le traitement de son addiction, un stade qui permette d'envisager une perspective d'abstinence ;
- Aucune condition de ressources n'est exigée à l'entrée de la structure; cependant une caution minimale est évoquée au cours de la procédure d'admission. Cette caution, demandée dès l'arrivée, ne remet pas en cause l'admission si elle ne peut être acquittée en totalité ou partiellement, mais elle vient marquer, comme indicateur de changement, la capacité de l'utilisateur à s'inscrire dans le projet avant même d'avoir contractualisé ;
- Aucun loyer n'est perçu, la structure bénéficie (sous réserve des modifications légales instaurées par les services instructeurs de l'Etat et/ou des collectivités territoriales ou de la Caisse d'Allocations Familiales) d'aides à son fonctionnement, notamment par l'Allocation de Logement Temporaire (ALT). Toutefois, la capacité d'honorer une participation financière mensuelle (dont le montant variable est fonction des ressources de l'utilisateur) qui fait partie intégrante des outils du projet institutionnel est contractualisée dès l'admission. Cette sollicitation fait partie intégrante des « outils » qui servent d'indicateur d'engagement du résident dans le processus d'insertion et de soin.

### **Entretien préalable**

La procédure d'admission (orientation par un service et/ou courrier de demande) est suivie de deux entretiens préalables. Ces rencontres permettent une évaluation complète de la situation du postulant. Cette évaluation exhaustive, dans le cas d'une réponse positive à l'hébergement est la condition *sine qua non* de l'élaboration conjointe et de la mise en œuvre d'un projet global de soins.

- Elle permet d'évaluer les capacités de la personne à se placer dans une dynamique de réinsertion sociale et professionnelle et d'accepter l'implication communautaire qui résultera de l'accompagnement institutionnel.
- Elle prend également en compte les problèmes relatifs à l'état de santé (HIV, hépatites, handicaps, etc.) des futurs résidents, ainsi qu'elle prévoit la poursuite de la prise en charge médicale (traitements médicamenteux, substitution, etc.).

- L'admission est effective après un bilan (voir annexes 1) d'admission. Elle sera notifiée solennellement aux groupes de personnes accueillies lors des temps dit « groupe de parole » (voir annexes 1).
- Le séjour est prévu pour six mois (à compter du premier jour d'accueil), il est renouvelable mensuellement d'un mois sur l'autre, décision notifiée dans le cadre du bilan mensuel.

En effet, afin de ponctuer le séjour du résidant et, ainsi, l'inscrire dans une temporalité qui vise à lui permettre de se réinscrire dans le temps « social » commun à tous, des bilans mensuels sont instaurés pour scander l'accompagnement. Ils donnent lieu à restitution écrite, servant ainsi d'armature au projet personnel individualisé du résidant. Ces éléments sont susceptibles d'être présentés par le résidant voire questionnés par le groupe de résidants lors des groupes de parole.

- Un bilan de fin de séjour vient marquer l'arrêt de l'accompagnement.
- Selon les modalités inscrites au contrat de séjour, des interdictions sont posées et, en cas de manquements, des sanctions, voire une exclusion, peuvent être décidées à la suite d'une évaluation faite en équipe pluri-professionnelle. Elle est prononcée par le directeur ou son représentant. Le groupe est informé des décisions prises lors des groupes de parole.
- Toute décision est susceptible d'appel selon les modalités en vigueur énoncées dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002-2.

### Déroulement du séjour

Une équipe pluridisciplinaire est présente auprès du résidant(e) afin d'assurer l'accompagnement et le soutien nécessaires à l'élaboration du Document Individuel de Prise En Charge (DIPEC) et d'un projet individuel ; un référent sera particulièrement chargé du suivi de l'évolution de ce projet.

- L'admission se fait systématiquement dans l'appartement collectif au 11 rue du Général PERSHING N° 159 à Compiègne.
- Durant le premier mois, le/la résidant(e) doit rencontrer le psychologue du CSAPA sans hébergement de l'unité de Compiègne et, le cas échéant, envisager les conditions d'un suivi.
- Des rencontres avec la famille pourront être envisagées durant le séjour, soit à la demande du résidant soit en accord avec celui-ci à la demande de l'équipe.
- Un bilan sera fait chaque mois. Celui-ci aura pour but de faire le point sur l'évolution du projet, les difficultés rencontrées et le cas échéant sur l'opportunité de poursuivre la prise en charge.

- Tout au long de la prise en charge des entretiens se dérouleront en alternance, soit au domicile de la personne accueillie soit, au bureau de l'équipe au 74, rue de Stalingrad à Compiègne. Ces rencontres feront l'objet d'un rendez-vous négocié préalablement avec le résidant. Cependant, en cas de nécessité, l'équipe peut visiter, à tout moment, les lieux occupés par les résidants.
- Une réunion hebdomadaire de l'ensemble des personnes accueillies se tient au 74 rue de Stalingrad. Cette réunion est obligatoire.
- Un après-midi par semaine un atelier d'expression est animé par un membre de l'équipe. Les résidants qui n'ont pas d'activité professionnelle sont tenus d'y assister.
- Le/la résidant(e) avertira l'équipe de son absence si celle-ci excède 48 h. Au terme de ce délai le SATO-Picardie pourra rompre le présent contrat.
- Le moment du départ se détermine en concertation avec l'équipe d'encadrement. Quelles que soient les conditions de départ, un bilan de fin de séjour sera proposé.

#### **Conditions d'usage des lieux d'accueil**

- Un état des lieux et du mobilier mis à disposition est établi, à l'arrivée et au départ. Une caution de 100 €uros (150 €uros pour les couples) est demandée le jour de l'arrivée. Le/la résidant(e) s'engage à prendre soin du mobilier, du matériel et des locaux mis à sa disposition afin de les rendre, en fin de séjour, dans l'état où ils lui ont été confiés. Le/la résidant(e) est tenu(e) de prendre en charge l'entretien de l'appartement ou, dans le cas de l'hébergement collectif, de sa chambre, des pièces communes. Le/la résidant s'engage à faire bon usage du logement qui lui est confié et à respecter l'environnement, en particulier le voisinage.
- Dans le cadre de son séjour, chaque résidant est responsable de ses objets personnels à l'intérieur de son appartement ou de sa chambre ainsi que dans les locaux communs mis à disposition par le SATO-Picardie. Il appartient, s'il le souhaite, à chaque résidant de contracter une assurance personnelle. L'association décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou dégradation.
- Le/la résidant(e) dispose de son appartement ou de sa chambre ainsi que des locaux communs pour un usage strictement personnel. Il ne peut en aucun cas sous-louer ou accueillir gratuitement, même occasionnellement, d'autres personnes. Cependant des visites sont possibles de 10h00 à 20h00 dans la mesure où un accord préalable a été sollicité auprès de l'équipe et qu'elles ne gênent ni le fonctionnement institutionnel ni les autres résidants dans le cadre de l'hébergement collectif.
- Le(a) résidant(e) peut pour des raisons d'ordre personnel mettre un terme à son hébergement. Dans ce cas, il doit en informer l'équipe et respecter, si possible, un préavis de 15 jours afin qu'un bilan puisse être organisé et que les formalités de départ puissent être effectuées dans de bonnes conditions.

- Un état des lieux est effectué à la fin du séjour, le montant de la valeur de tout objet manquant à l'inventaire ou détérioré sera déduit de la caution. Dans le cas où ce montant serait supérieur à la caution la différence sera facturée à l'intéressé.
- Il est demandé aux résidants de faire leur changement d'adresse; l'association réexpédiera leur courrier pendant un mois.
- Le SATO-Picardie ne peut garder les effets personnels d'un(e) résidant(e).

### Le partenariat

Les Appartements Thérapeutiques Relais constituent souvent une étape dans le parcours de soin. Ils s'articulent en amont comme en aval, avec les services de soin ambulatoires et plus particulièrement, du fait de leur implantation géographique, avec l'unité de Compiègne du CSAPA sans hébergement de l'association et l'ensemble des professionnels de l'équipe de cette structure.

Le service des Appartements Thérapeutiques Relais développe également des collaborations de travail avec les différents partenaires locaux du champ sanitaire, avec les établissements du champ de l'exclusion et de l'insertion sociale ainsi qu'avec les services de la justice et de la pénitentiaire, notamment grâce à l'existence d'une convention de placement extérieur.

Par ailleurs, les Appartements Thérapeutiques Relais bénéficient de tous les partenariats tissés et formalisés par les différents services de l'association dont les résidants peuvent, le cas échéant, également bénéficier.

*« Améliorer les articulations et les collaborations entre professionnels du soin en addictologie, c'est mieux aider le patient à trouver ses réponses en proposant autour de lui des supports, des outils, des traitements gradués, coordonnés et interagissant »  
Guide des pratiques - Soins résidentiels collectifs*

### Perspectives

#### Questions autour des modalités d'accueil

Le dispositif ATR est conçu comme fonctionnant dans un cadre légal, afin de permettre à des personnes de réapprendre à s'inscrire dans un fonctionnement social. A ce titre, l'obligation faite aux usagers de gérer les contingences d'une vie socio professionnelle fait inévitablement ressurgir l'appétence aux produits. Le cadre imposé d'une abstinence totale (produits stupéfiants et alcool) est mis en place pour maintenir la mise à distance du risque de rechute durable. Pour autant, les « dérapages » existent et font l'objet d'une reprise attentive de la part de l'équipe, considérée comme outil thérapeutique permettant à l'usager de se positionner plus clairement sur son désir de faire ou non de l'abstinence un véritable projet de vie.

### **Perspectives de collaboration avec le CSAPA sans hébergement pour des prises en charge communes nécessitant un hébergement temporaire de l'utilisateur**

L'organisation actuelle des ATR donne aux résidents une marge d'autonomie inhérente à ce type d'hébergement. Les possibilités de séjours temporaires offerts à des personnes suivies dans les unités du CSAPA sans hébergement sont difficilement envisageables sur le lieu collectif de 3 places en raison des risques liés à l'influence négative entre cohabitants autour des comportements addictifs.

Cependant, il serait peut-être envisageable de concevoir des hébergements ponctuels, en logement individuel, avec un accompagnement partagé entre les équipes des CSAPA et celle des ATR.

### **Développer le collectif vers le communautaire**

Une attention particulière sera portée sur le développement des pratiques communautaires au sein de la structure.

## **LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE DE FLAMBERMONT**

2 rue des Malades, 60000 Saint Martin le Nœud.

Tél. : 03.44.02.88.68.

Courrier : [sato.sec.flb@orange.fr](mailto:sato.sec.flb@orange.fr)

L'implantation géographique de la Communauté Thérapeutique a pris en compte d'une part, la nécessaire mise à distance de l'environnement social habituel des personnes accueillies- en ce sens, elle n'héberge pas les personnes originaires de Beauvais- et d'autre part, la nécessité de pouvoir procéder aux activités et démarches en vue de la réinsertion sociale et professionnelle des résidents - elle se situe à 5 kms du centre de la ville de Beauvais- Pour ce faire, différentes modalités de transport sont possibles : la navette « Oise mobilité » (4 jours/semaine) gérée par le Conseil Général, le bus scolaire, etc.

### **Renseignements administratifs**

- N° FINESS : 60000 801 65
- N° SIRET : 313 413 155 00109

## **Organigramme du personnel**

0, 8 ETP Directeur d'établissement

0,1 ETP Chef Service

0,3 ETP Médecin Généraliste

0,6 ETP Infirmière

0,7 ETP Psychologue

6 ETP Educateurs Spécialisés

2 ETP Moniteur Educateur

1 ETP animateur

1,5 ETP Educateur Technique

2 ETP Veilleur de nuit

1 ETP Personnel administratif

## **Le projet thérapeutique**

*« Le sentiment d'appartenir à un groupe ou à une communauté, si artificiel soit il, peut constituer, à certains moments, cette indispensable « prothèse » qui permet à tout un chacun de soutenir son désir de vivre et de garder l'espoir »*

*« La communauté thérapeutique a peut-être comme principale vertu, par delà les enjeux psychopathologiques et l'efficacité de la technicité de ses intervenants, de pouvoir rompre l'isolement de la « foule solitaire » et de permettre à ceux qui en acceptent les règles d'échapper, ne serait-ce que pour un temps, à l'anonymat généralisé en retrouvant une place singulière dans un groupe ».*

*Jean-Pierre DEMANGE, Psychotropes VOL 17/2011*

La communauté Thérapeutique s'adresse essentiellement à des personnes :

- Dépendantes depuis plusieurs années de drogues, quelles soient licites ou illicites, et qui ont besoin d'un cadre contenant pour poursuivre une démarche de soins efficace,
- Sous traitement de substitution ou médicamenteux qui peuvent, de surcroît, être dans une dynamique de mésusage médicamenteux ne pouvant trouver de solution dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire.

Le séjour peut être d'un an renouvelable une fois.

Le projet thérapeutique de la Communauté se caractérise par :

- L'engagement dans une abstinence à toutes substances,

- Une approche institutionnelle communautaire qui insiste sur une prise en charge groupale interactive,
- L'importance de la dimension de la réinsertion dans le cursus institutionnel,
- L'intégration d'ex-résidants, ayant achevé le cursus communautaire dans son intégralité, dans l'équipe pluridisciplinaire.

La Communauté Thérapeutique propose du soin résidentiel avec hébergement collectif (les résidants sont logés dans des chambres collectives - maximum 3 places - ou individuelles/un espace spécifique est dédié aux femmes), fondé sur un accompagnement où un groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide.

Elle offre un programme thérapeutique essentiellement basé sur la vie communautaire, les activités de groupe, les interactions avec les pairs, la reconnaissance et l'expression des émotions.

Les indications préférentielles sont celles de personnes qui se trouvent en trop grandes difficultés pour bénéficier d'un simple traitement en ambulatoire dans des conditions suffisamment bonnes.

L'existence d'un traitement de substitution ne constitue pas en soi un obstacle à l'admission dans le processus thérapeutique, à condition que la réduction et si possible l'abandon de ce traitement soient l'un des objectifs majeurs du séjour.

Certains résidants sont accueillis dans la structure grâce à une convention de placement extérieur à visée thérapeutique signée avec la Direction Régionale des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP).

### **Les objectifs**

- Modifier les comportements liés à l'état de dépendance afin de réduire l'appétence pour les produits psychotropes
- S'éprouver dans l'abstinence
- Permettre et soutenir une démarche d'abandon de la substitution pour les résidants qui souhaitent s'orienter vers un choix d'abstinence
- Améliorer l'état de santé tant somatique que psychique, en dépistant et en traitant les pathologies en cause
- Développer les capacités d'autonomie et de prise de responsabilités
- Promouvoir concrètement la mise en œuvre d'un projet d'insertion.

### **Le dispositif institutionnel**

Il se particularise par :



- Le principe d'une rupture avec le contexte et les habitudes liées à l'abus des drogues ainsi qu'avec les processus de marginalisation induits par ces pratiques ;
- La création d'un espace de vie communautaire qui favorise l'émergence d'un « environnement suffisamment bon » susceptible de modifier les investissements des personnes dépendantes et d'induire chez elles un processus de changement ;
- La mise en œuvre d'une dynamique institutionnelle qui valorise les capacités d'étayages des résidents entre eux ainsi que la restauration de « l'estime de soi » ;
- L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire capable :
  - de promouvoir, d'animer, d'accompagner et d'encadrer les différentes initiatives et activités nécessaires à l'épanouissement de la dynamique communautaire
  - d'offrir les prestations nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des résidents, dans le cadre d'une prise en charge groupale et/ou individuelle.

#### **Les conditions de cette expérience de vie communautaire**

- Le respect de règles institutionnelles acceptées et validées par tous dans un principe contractuel.
- La prise en compte de la parole et des avis des usagers, en conformité avec les dispositions de la loi de 2002 relative à la rénovation de l'action médico-sociale.
- L'implication effective dans le processus communautaire par la prise de responsabilité visant à favoriser l'accession progressive à l'autonomie nécessaire à une vie citoyenne.
- Une prise en charge médico-psycho-éducative fortement articulée au projet de vie communautaire.

#### **Les points forts du projet thérapeutique**

- L'adhésion volontaire du résident au projet de vie de la communauté ainsi qu'à ses objectifs thérapeutiques en matière de dépendance aux produits, de maintien de l'abstinence et de réinsertion sociale.
- Une organisation de vie communautaire qui permet une évolution et une responsabilisation progressive du résident dans le cursus institutionnel. Cette évolution doit être scandée par des décisions et des moments institutionnels clairement définis pour chacun des membres de la communauté (bilans, définition de phases de séjour, etc.)
- Une implication réelle et concrète des résidents en ce qui concerne l'organisation et la réalisation des différentes tâches et activités nécessaires à la vie quotidienne de la communauté (cuisine, lingerie, entretien etc.)

- Une participation active du résidant au processus thérapeutique. Le résidant est engagé dans un processus interactif dans lequel il doit agir, réagir et se positionner. La position d'un résidant dans une communauté thérapeutique ne peut se confondre avec le rôle de « passivité » traditionnellement dévolu aux « malades ».
- Une approche groupale qui doit permettre et favoriser une intervention des pairs et laisser une place à la confrontation, c'est à dire à la possibilité d'interpeller l'autre sur ses propos et/ou son attitude dans la communauté.
- Le développement de « l'estime de soi » notamment par la participation et la réalisation de projets dans le cadre communautaire, notamment par l'implication dans les différentes réunions et/ou activités, ainsi que par la participation à une dynamique d'auto-support et de co-étayage.
- La proposition d'une prise en charge médicale compatible avec les exigences communautaire et qui permette la poursuite ou la mise en œuvre de traitements relatifs à des problèmes somatiques (hépatites C, etc.) ainsi que la réduction et, le cas échéant, le sevrage des traitements de substitution ou des traitements médicamenteux de type benzodiazépine et autres.
- La construction, la mise à l'épreuve et la mise en œuvre d'un projet de réinsertion et de vie à l'extérieur.

*L'organisation de cette « microstructure sociale » constitue un dispositif thérapeutique qui ne peut se confondre avec les principes et les modalités que l'on rencontre dans la vie courante. C'est pourquoi il convient que les choses soient clairement énoncées pour tous afin d'éviter les malentendus et les dérives sectaires.*

*Il s'agit d'une offre thérapeutique qui doit rester limitée dans le temps et ouverte sur l'extérieur, c'est un processus auquel l'on peut adhérer temporairement mais duquel l'on doit nécessairement sortir.*

### **La procédure d'admission**

Les demandes d'admission proviennent de l'ensemble du territoire national. Cependant, afin de respecter l'éloignement géographique et la rupture avec le milieu et les circuits de consommation, éléments essentiels du soin pour un certain nombre d'usagers, la Communauté Thérapeutique de Flambermont évite d'accueillir des personnes domiciliées à proximité.

**« Vivre dans le centre communautaire de Flambermont, c'est en accepter les règles. »**

Le candidat formule sa demande par écrit. Cette demande peut être accompagnée d'un rapport d'un travailleur social et/ou d'un médecin référent. Lorsque la demande est acceptée, une lettre accompagnée du règlement de fonctionnement et d'une proposition de rendez-vous téléphonique est adressée au candidat.

Plusieurs entretiens téléphoniques et, le cas échéant une rencontre, sont nécessaires avant la prise de décision et la proposition d'une date éventuelle d'admission.

La décision ainsi que la proposition de la date d'admission font l'objet d'un second courrier qui précise l'ensemble des détails techniques et pratiques utiles au futur résident.

Tout rendez-vous téléphonique non honoré peut remettre en cause l'ensemble de la procédure.

L'admission n'est définitive qu'après le bilan d'admission qui se réalise au minimum 1 mois après l'arrivée du résident.

Les conditions d'admission tiennent compte de la réalité des besoins et difficultés de la personne susceptible de bénéficier de cet accompagnement, et des indications proposées par les professionnels qui les orientent.

L'admission résulte de l'adéquation entre les besoins, les capacités, le parcours d'un patient et le projet thérapeutique communautaire.

Cette procédure comprend l'ensemble des contacts entre la communauté et le résident avant son éventuelle admission. Ces contacts sont de la responsabilité du chef de service. Le médecin de la structure participe à cette démarche, notamment pour envisager les possibilités d'un éventuel sevrage avant l'admission, pour prendre connaissance des éventuelles pathologies ainsi que des traitements médicamenteux en cours.

L'admission se déroule exclusivement selon des modalités d'échanges de courriers et de rendez-vous téléphoniques, ce, du fait de l'éloignement géographique de la plupart des demandeurs.

Elle a pour objets :

- D'évaluer les raisons et la pertinence de la demande ;
- De prendre la mesure de l'engagement du candidat face au séjour thérapeutique qu'il souhaite entreprendre ;
- D'évaluer le bien fondé de l'orientation.

Les motifs éventuels qui peuvent conduire à un refus d'admission sont :

- Présenter une pathologie somatique et/ou psychiatrique trop lourde, incompatible avec la vie en collectivité, et/ou nécessitant un plateau technique ou une prise en charge spécialisée complète.
- Souffrir d'un handicap physique majeur nécessitant une prise en charge spécifique qui rendrait impossible l'intégration de la personne dans le processus communautaire de l'institution et l'intégration aux activités de la communauté, parties intégrantes du processus thérapeutique.

- Ne pas accepter et/ou ne pas supporter le principe d'une vie en collectivité et celui d'une prise en charge essentiellement groupale.

Une fois la décision d'admission prise, une date d'arrivée à la communauté est fixée.

Les admissions sont principalement organisées de façon à accueillir des groupes de plusieurs personnes.

La communauté s'appuie sur le rôle du groupe qui est un support majeur de la démarche thérapeutique. Le programme thérapeutique se structure autour d'un emploi du temps organisé. Les résidants passent par des étapes successives dont le franchissement marque un progrès dans la trajectoire. A chaque étape, l'autonomie et les responsabilités du résidant s'accroissent dans la structure.

Le suivi médical fait partie intégrante du projet de la Communauté Thérapeutique. Le projet thérapeutique prévoit les conditions du suivi médical des personnes accueillies de manière à permettre une prise en charge médicale adaptée, en lien avec les services de santé extérieurs si nécessaire.

### Déroulement du séjour

Les nouveaux arrivants sont accueillis par trois résidants plus anciens (dont deux d'entre eux, volontaires, sont désignés sous le vocable « fil rouge », le troisième étant membre du Comité de résidants (voir annexes 1) ainsi qu'un membre de l'équipe éducative. Cet accompagnement vise à faciliter l'intégration des nouveaux arrivants.

Le séjour à la Communauté commence par une période de pré-admission d'un mois au cours de laquelle est effectué un bilan médical, social et psychologique afin d'évaluer l'adéquation du projet à la problématique de la personne accueillie.

Les nouveaux résidants participent à des chantiers sans responsabilité particulière lors de leur première semaine, puis sont intégrés dans l'un des chantiers, sous la responsabilité d'un résidant ayant passé le stade de phase 2.

- L'ensemble des activités de la Communauté Thérapeutique s'effectue en partie sous la responsabilité de résidants plus anciens.

Cette période probatoire est clôturée par un bilan (voir annexes 1) d'admission présidé par le chef de service ou le directeur de l'établissement au cours duquel l'admission effective ou le report de l'admission, voire l'arrêt de l'accompagnement, peuvent être prononcés.

Les deux résidants « fil rouge » sont sollicités pour donner un avis consultatif sur l'intégration du nouvel arrivant.

Une fois l'admission prononcée, le séjour s'organise autour de trois phases :

**Une phase d'intégration**, d'une durée minimale de plus ou moins trois mois. Cette période a pour objectifs d'une part, une rupture avec le mode de vie antérieure et d'autre part, l'intégration au groupe et à la vie communautaire.

Durant cette période, le résidant est contraint de respecter certaines règles spécifiques :

- Durant le 1<sup>er</sup> mois de cette phase, toutes les sorties sont nécessairement accompagnées par un membre de l'équipe. Par la suite, le résidant est autorisé à organiser une sortie toutes les trois semaines.
- Les contacts avec la famille ou les proches ne sont autorisés que sous la forme d'échanges de courriers et/ou téléphoniques (une fois/semaine). Cependant des exceptions peuvent être envisagées pour les résidants qui se trouvent dans des circonstances particulières (événement familial, enfants, etc.).

Cette phase, comme les suivantes, est conduite par un ou deux membres de l'équipe éducative spécifiquement en charge de l'animation du groupe de résidants. Cette période permet également de réaliser les bilans psychologiques, médicaux, sociaux, éducatifs nécessaires à l'élaboration des objectifs du parcours thérapeutique.

Un bilan global du déroulé du séjour sera effectué tous les 2 mois sous la responsabilité du chef de service ou du directeur. Le Comité de résidants pourra, à cette occasion, émettre un avis.

⇒ **Une phase de « maturation »** qui peut s'étendre sur une durée de six à douze mois au cours de laquelle le résidant, petit à petit, peut restaurer son « estime de soi » et sa capacité à investir et construire un projet de vie individuelle. Il doit apprendre à exister en tant qu'individu tout en participant harmonieusement à la vie du groupe.

Le résidant aborde cette phase en 2 temps :

Le groupe 2-1, d'une durée de trois à six mois et dont les objectifs sont :

- Se centrer activement sur ses difficultés relationnelles.
- Travailler sur son rapport à l'argent.
- Acquérir la notion de responsabilité. Le résidant pourra être responsable d'une activité qui contribue à l'organisation de la vie de la communauté. Être responsable de la gestion de matériel sur les chantiers, ou encore être responsable d'un chantier.
- Accepter son passé. Reconnaître ses difficultés et les partager.

Durant cette période, le résidant pourra entamer ses démarches seul. Il aura aussi l'occasion de reprendre son autonomie administrative. Il devra être capable de s'inscrire dans une dynamique d'entraide, notamment auprès des résidants arrivants.

Le groupe 2-2, d'une durée de trois à six mois et dont les objectifs amènent le résidant à :

- Une « montée en charge » dans les responsabilités.
- Une transmission de son expérience.
- Trouver un équilibre de vie et s'assumer en tant que personne autonome.
- Être en capacité d'établir un espace entre l'envie de consommation et la prise de décision.
- Être conscient des ses besoins et savoir les gérer.

Il aura l'occasion d'exercer une activité socio-culturelle ou sportive sur l'extérieur afin de construire des liens sociaux en dehors de la communauté.

Cette phase est scandée par des bilans trimestriels qui permettent de réévaluer progressivement le projet individuel. Durant toute cette période, le résidant est tenu de participer activement à des rencontres régulières avec son éducateur référent, ainsi qu' :

- Aux groupes de paroles et de relaxation,
- Aux différentes réunions (réunion de maison, réunion de chantiers etc.),
- Aux chantiers et aux activités de la Communauté (par exemple : atelier d'écriture).

Il devra, le cas échéant, honorer les rendez-vous avec le médecin ainsi qu'avec le psychologue.

⇒ **Une phase « d'autonomisation et de préparation à la sortie »** : celle-ci, d'une durée variable, doit permettre au résidant d'expérimenter et de soutenir le projet qu'il a élaboré tout au long des deux premières phases.

La préparation de la sortie est déclinée de manière précise par des objectifs et des moyens dans le contrat de séjour. La Communauté a pour objectif de conduire le résidant vers l'adaptation à la vie active et vers l'insertion sociale et professionnelle, avec une amélioration de son état de santé physique et psychologique.

La communauté thérapeutique se soucie, dans cette phase, d'éviter la dépendance du patient à l'égard de la structure. Elle prévoit, en accord avec le résidant, le rétablissement ou le maintien des liens sociaux et le cas échéant, des liens familiaux. Durant cette phase, le résidant peut s'inscrire dans différentes options :

- Intégrer l'espace de vie réservé aux résidants parvenus à ce stade au sein de la communauté,
- engager une formation ou une activité salariée vers l'extérieur,
- s'impliquer dans le fonctionnement de la vie communautaire notamment en participant à l'élaboration et à l'accompagnement de projets ou d'activités destinées aux autres résidants.

Il faut souligner que, bien que centré sur une dynamique communautaire, le parcours de soin prend en compte les éléments personnels utiles à la construction d'un projet individuel pour chacun des usagers et que le trajet institutionnel n'est pas figé et ne répond pas à une nécessité de progression linéaire ; ainsi le parcours de chacun des résidants pourra être différent.

Il sera, par exemple, possible, en cas de difficultés ou de problèmes, de revenir pour un temps, à l'une des phases antérieures ; ce type de décision sera pris dans le cadre d'un bilan et sera évoqué en réunion de phase, ainsi qu'en réunion plénière de la communauté.

Chaque phase bénéficie d'un groupe de parole spécifique.

### Le partenariat

Notons que la Communauté Thérapeutique travaille en articulation, en amont comme en aval, avec toutes les structures du SATO-Picardie ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires locaux du champ sanitaire, avec les établissements du champ de l'exclusion et de l'insertion sociale et avec les services de la Justice et de la pénitencier, notamment grâce à l'existence d'une convention de placement extérieur.

Du fait de son implantation géographique proche de la ville de Beauvais, la Communauté Thérapeutique développe une articulation importante en matière d'accompagnement des usagers (notamment pour ceux qui bénéficient d'une substitution), avec l'unité du CSAPA sans hébergement de Beauvais et l'ensemble des professionnels de l'équipe de cette structure.

Par ailleurs, la Communauté Thérapeutique bénéficie de tous les partenariats tissés et formalisés par les différents services de l'association dont les résidants peuvent, le cas échéant, également bénéficier.

*« Améliorer les articulations et les collaborations entre professionnels du soin en addictologie, c'est mieux aider le patient à trouver ses réponses en proposant autour de lui des supports, des outils, des traitements gradués, coordonnés et interagissant »  
Guide des pratiques - Soins résidentiels collectifs*

### Les perspectives 2015-2020

#### Perspectives de l'articulation du projet thérapeutique à un projet d'insertion par l'économique pouvant le cas échéant intégrer des résidants qui ont effectué le cursus de soins et/ou qui se trouvent dans la phase de réinsertion

L'association a créé en juin 2012, une association de préfiguration d'une SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif) dénommée « DEFI : Domaine de Flambermont ».

Cette ambition consiste à conjuguer trois objectifs:

- la restauration du patrimoine du Domaine de Flambermont inscrit à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques,

- la réinsertion de personnes marginalisées grâce à la création de quatre entreprises d'insertion,
- la participation active au développement économique et touristique du territoire dans le cadre de l'Économie Sociale et Solidaire.

La poursuite de ces objectifs s'est concrétisée en 2013 par des avancées significatives dans la mise en œuvre de ceux-ci :

Une première Entreprise d'Insertion a été créée le 1<sup>er</sup> novembre 2013. Il s'agit de l'Atelier Ferronnerie de Flambermont « A2F ». Le personnel de départ est constitué d'un encadrant technique en CDI et de 2 CDDI, ces trois personnes étant toutes des anciens résidents de notre communauté thérapeutique. Le 5 décembre 2013 a eu lieu l'inauguration officielle de « A2F ».

Atelier Ferronnerie de Flambermont (A2F)

N° Siret : 798 261 293 00012

Siège social : Domaine de Flambermont

2 rue des Malades, 60000 Saint Martin le Nœud

Tél : 03 44 02 88 68

Courrier : [domaineflb@orange.fr](mailto:domaineflb@orange.fr)

Parallèlement au lancement de cette activité, le SATO-Picardie poursuit activement la recherche de fonds pour réaliser les travaux de rénovation du château et l'aménagement des abords afin d'envisager à terme la mise en œuvre d'activités touristiques et événementielles. Une deuxième entreprise d'insertion sera créée en 2015 dans le domaine agricole pour développer l'horticulture dans le palmarium restauré, du maraîchage bio sur environ 2ha du domaine (qui fait plus de 11 ha au total) ainsi qu'éventuellement un complément d'activité d'élevage. Ce projet ambitieux devrait permettre d'augmenter significativement les capacités du dispositif global de notre association en matière de réinsertion de nos usagers et, plus particulièrement, des résidents de nos structures d'hébergement.

### **La place des ex-résidents au sein de la communauté**

Réactualiser le principe de réunions avec d'anciens résidents.

### **La place des familles**

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, la personne hébergée a le droit au respect des liens familiaux :

*« La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle*



*bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin. Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée. ».*

*Article 6 Charte des droits et libertés de la personne accueillie selon l'Arrêté du 8 septembre 2003, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles*

*« A la Communauté Thérapeutique le lien avec les familles et l'entourage du résident ne sont pas réellement développés. La posture historique de la « famille pathogène » de laquelle il faut se préserver pour augmenter ses chances de « s'en sortir » s'est modifiée pour inscrire aujourd'hui, dans le soin, la famille et l'entourage comme des alliés thérapeutiques. Renouer avec son réseau de proches, reprendre contact avec sa compagne, son compagnon, ses enfants, sa famille peuvent aider les résidents dans leur travail sur le relationnel et les liens affectifs ».*

*Par ailleurs, « le rétablissement ou le maintien des liens sociaux du résident, notamment les liens familiaux » font partie intégrante des missions des Communautés Thérapeutiques telles qu'inscrites dans leur cahier des charges. ».*

*Guide pratique (s)/Soins résidentiels collectifs/Fédération addiction*

### La citoyenneté

Développer la participation de résidents aux activités culturelles, sportives aux manifestations qui leur permettraient de s'inscrire dans la vie de la cité.

## **PERSPECTIVES COMMUNES AUX DEUX STRUCTURES** **2015-2020**

### **Consolider et développer la synergie et la collaboration de travail entre les deux structures**

#### **Mutualiser les compétences, les moyens et les énergies**

Réactualiser et renégocier un certain nombre de conventions signées avec différents partenaires sanitaires et/ou médico-sociaux impliqués ou concernés par le champ de l'addictologie.

#### **Avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)**

Faciliter et développer l'accès aux structures résidentielles gérées par le SATO-Picardie pour les usagers du CSAPA sans hébergement géré par l'ANPAA qui relèveraient de ces types d'accompagnement.

Faciliter - sous forme de rendez-vous pris ou de consultations avancées - et développer l'accès à des consultations d'alcoologie gérées par l'ANPAA pour les usagers des structures résidentielles du SATO-Picardie.

#### **Avec le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) des Compagnons du Marais**

Renforcer et développer le partenariat instauré avec le CHRS afin, le cas échéant, d'accueillir dans les structures résidentielles du SATO-Picardie, dans la perspective d'un continuum d'accompagnement, des résidents(es) des centres d'hébergement des Compagnons du Marais, quel que soit le type d'addiction.

Envisager l'admission de résidents de la Communauté Thérapeutique au CHRS afin de continuer l'accompagnement en vue de leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle.

*Développer ces accords de travail avec tous les CHRS implantés sur les territoires de santé Oise-Est et Oise-Ouest. Développer en ce sens la collaboration de travail avec le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation de l'Oise (SIA2O).*

#### **Avec le Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie de l'hôpital général de Clermont**

Le service de médecine polyvalente de l'hôpital général de Clermont accueille sur avis médical des usagers dépendants suivis dans les services du SATO-Picardie, en l'occurrence les résidents du CSAPA avec hébergement afin de prendre en charge le sevrage simple ou

complexe ou le rééquilibrage d'un traitement médicamenteux, ce, notamment avant leur admission effective dans ces structures.

En dehors de l'articulation prévue pour l'admission de certains résidents de la Communauté Thérapeutique ou des Appartements Thérapeutiques Relais déclinée ci-dessus, un partenariat est instauré afin de pouvoir accueillir dans les structures du CSAPA avec hébergement de l'association, dans la perspective d'un continuum d'accompagnement, des patients suivis par l'unité de médecine polyvalente/CASA, quel que soit le type d'addiction.

*Plus globalement, développer et renforcer le partenariat avec les services des hôpitaux qui organisent des sevrages simples et/ou complexes sur les territoires de santé Oise-est et Oise-Ouest : Compiègne, Noyon, Creil/Senlis, Clermont, Beauvais.*

### **Rapprochement avec l'association Le Mail**

*Intensifier le partenariat entre les équipes de nos deux associations et promouvoir une réflexion commune sur les modes d'intervention et de prises en charge. Envisager la mutualisation des moyens.*

### **L'éducation thérapeutique de l'utilisateur**

*« L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » Définition de l'OMS.*

Inscrit dans le Code de la Santé Publique, l'éducation thérapeutique s'élargit ici aux complications de l'addiction, en particulier les comorbidités somatiques (HIV, VHC) et psychiatriques (troubles psychiques, etc.)

Il s'agit de rendre l'utilisateur acteur et responsable de sa propre santé et des conséquences de son usage abusif.

L'éducation thérapeutique se justifie d'autant que les résidents des structures du CSAPA avec hébergement et en particulier ceux de la Communauté Thérapeutique, présentent une véritable conduite addictive installée.

*Planifier et mettre en œuvre des séances d'éducation thérapeutique individuelle et collective ou en alternance.*

### **Améliorer la collaboration de travail avec le secteur psychiatrique**

Nous constatons qu'un certain nombre d'utilisateurs de drogue présentent, au cours de leur parcours de soins, des épisodes lors desquels ils manifestent des troubles psychopathologiques qui sont difficilement gérables et qui apparaissent parfois comme incompatibles avec la poursuite d'une prise en charge cohérente sans un réaménagement et une adaptation permanente de celle-ci.

On constate, à l'heure actuelle, qu'il n'existe que peu ou pas de réponses réellement adaptées à ces situations. En effet, l'hypothèse d'une hospitalisation en service spécialisé demeure une solution délicate à mettre en œuvre tant du point de vue du résidant lui-même que de celui du manque d'intensité des liens de travail qui caractérise, d'une manière générale, le partenariat existant entre le secteur « addictions » et l'institution psychiatrique dans notre pays.

Une collaboration avec les établissements de santé qui ont une activité dans le champ de la psychiatrie dans une perspective de diagnostic et/ou de co-prise en charge des personnes qui présentent une comorbidité psychiatrique et/ou un double diagnostic doit être recherchée et mise en œuvre.

Pour autant, nous notons d'une part une excellente collaboration de travail avec l'Unité d'Accueil d'Urgence (UAU) du CHI de Clermont et d'autre part, selon les secteurs, une certaine évolution dans la coopération avec les équipes des Centres Médico Psychologiques (CMP).

*Mener une réflexion en vue d'une meilleure collaboration avec les établissements de santé qui ont une activité dans le champ de la psychiatrie, dans une perspective de diagnostic et/ou de co-prise en charge des personnes qui présentent une comorbidité psychiatrique et/ou un double diagnostic.*

*Il conviendra en particulier de :*

- *Renforcer la collaboration de travail avec l'Unité d'Accueil d'Urgence (UAU) de l'hôpital de Clermont.*
- *Acter la nomination de « référents addiction » au sein des équipes de psychiatrie, médecins psychiatres et professionnels non médicaux de la psychiatrie, afin d'offrir une meilleure prise en charge des résidants qui présentent une comorbidité psychiatrique.*
- *Développer des approches et/ou des accompagnements spécifiques dans les structures d'hébergement qui accueillent des personnes qui présentent un double diagnostic (addiction/comorbidité psychiatrique).*

### **Investir le champ de l'économie sociale et solidaire**

Développer des projets innovants dans le champ de l'économie sociale et solidaire et de l'insertion par l'économie capables d'accueillir des personnes en rupture sociale, « handicapées » par une pathologie lourde nécessitant un suivi psychologique et médical.

### **L'association « Pair'spectives »**

Redynamiser la présence et les interventions des membres de l'association « Pair'spectives » (voir annexe 1) auprès des usagers accompagnés par les différentes structures du SATO-Picardie.

### **Développer d'autres modalités de prise en charge**

En particulier celles qui utilisent « le groupe », tel le psychodrame, etc.

## **L'ÉVALUATION**

### **Le rapport d'activité**

Conformément à l'article R 314-49 du CASF, le rapport d'activité est transmis chaque année à l'autorité de tarification avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice. Outre le fait que celui-ci soit rempli conformément au modèle type et qu'il renseigne et analyse en particulier les données quantitatives de l'activité, les données chiffrées comparées sur les trois dernières années permettent de mettre en perspective l'activité des structures et, le cas échéant, d'identifier les évolutions. Ce rapport est aussi l'occasion pour les différents intervenants d'écrire au sujet de leur pratique. Ces textes éclairent les orientations de travail et les principes d'accompagnement des résidents et questionnent les positions cliniques de l'association.

Notons que ce rapport est mis en ligne sur le site du SATO-Picardie ([sato.asso.fr](http://sato.asso.fr)) dès sa parution.

Afin de renseigner ce rapport d'activité, le SATO-Picardie s'est doté pour tous ses services et depuis 2001 du logiciel Pro-G-Dis. Ce logiciel qui bénéficie de mises à jour régulières, en conformité avec demandes émises par le Ministère de la Santé, intègre les données RECAP, ce qui nous permet par ailleurs de participer à ce dispositif. Ce recueil à caractère épidémiologique respecte l'anonymat des patients et des structures. Il permet une description fine et le suivi précis des évolutions du profil des populations accueillies.

Ces données sont transmises à l'OFDT par chaque structure du CSAPA sans hébergement avant le 30 avril de l'année qui suit celle de l'exercice et sous la forme d'un fichier informatique intégré au logiciel Pro-G-Dis.

Comme indiqué dans le projet associatif :

### **La démarche qualité**

Un groupe participatif sera mis en œuvre afin d'évaluer la qualité du service rendu. Il s'agira d'examiner régulièrement des points clefs du fonctionnement de l'organisation et des actions pour anticiper les dysfonctionnements. Ce groupe conduira à se questionner et à discuter en équipe sur les pratiques et l'organisation pour :

- en analyser les points forts/les points faibles, conforter les acquis et comprendre les dysfonctionnements,
- définir et mettre en œuvre des mesures concrètes pour améliorer la qualité,
- s'assurer que ces mesures sont effectives et efficaces.

La démarche qualité est participative. Elle implique tout l'organisme et s'appuie sur un engagement fort des responsables.

*Définir les aménagements les plus urgents et les plus appropriés de l'ensemble des travaux à effectuer dans les différents services de l'association.*

### **L'évaluation interne**

La loi dispose que les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles « *procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » (art. L.312-8 du CASF).

Les résultats de cette évaluation doivent être communiqués à l'autorité qui a délivré l'autorisation.

Cette disposition s'inscrit dans les orientations de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale. Les finalités de l'action sociale et médico-sociale y sont définies à l'article L.116-1 : elle « *tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature* ».

Les missions des établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESSMS) sont fixées à l'article 311-1 du CASF1. Le texte de loi met les droits des usagers au premier plan des principes d'action par leur association à une prise en charge personnalisée et insiste sur la lisibilité et l'efficacité des interventions. L'évaluation interne contribue à améliorer en continu la qualité des prestations délivrées.

*Instaurer un débat sur les valeurs, les objectifs et les moyens des actions conduites.*

*Produire une analyse collective des écarts.*

*Définir des priorités d'amélioration.*

### **L'évaluation externe**

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 relatif à l'évaluation externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'évaluation externe a été introduite par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui rénove l'action sociale et médico-sociale. Elle porte sur les activités et la qualité des prestations des

établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles (CASF).

Elle met l'accent sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard :

- des missions imparties,
- des besoins et attentes des populations accueillies (cf. décret n°2007-975 du 15 mai 2007, rubrique "Outils").

Les champs des évaluations externes et internes sont les mêmes afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement ou service et, par là même, d'apprécier au mieux les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

*Pour réaliser l'évaluation externe, l'association devra choisir un organisme habilité qui possède des qualifications et compétences déterminées par l'annexe 3-10 du CASF.*



## ANNEXE 1

### LE BILAN

Le bilan est contractualisé à l'arrivée dans l'une ou l'autre des deux structures du CSAPA avec hébergement par le résidant et par le responsable du service ou son représentant.

Les bilans viennent scander le séjour de la personne admise et permettent- dès l'arrivée-, sur la base de l'échange qui a présidé à l'étude de la demande de l'utilisateur, de déterminer les axes potentiels des orientations qui seront à mettre au travail dans le cadre d'un projet personnel individualisé de prise en charge.

Le bilan est donc un outil permettant d'arrêter « en commun » les objectifs du résidant en fonction du projet qu'il s'assigne en demandant à être admis au sein des Appartements Thérapeutiques Relais ou de la Communauté Thérapeutique ; c'est également un outil de contrôle de ces objectifs.

C'est aussi un temps propice à l'évaluation, par l'équipe, des avancées et/ou des difficultés rencontrées.

*Le bilan constitue le creuset du projet individuel qui permet de formaliser de nouvelles orientations ou de reformuler des objectifs anciens voire de définir de nouveaux objectifs qui se seront dégagés de cet échange.*

⇒ Aux Appartements Thérapeutiques Relais, un premier bilan a lieu à 15 jours de séjour, un autre à l'issue d'un mois de présence.

⇒ A la Communauté Thérapeutique, le premier bilan a lieu à 1 mois de séjour et ensuite tous les deux mois.

Cette période s'apparente à un temps dit « de pré-admission ». A la suite, le bilan est mensuel et ponctue le cours du séjour de l'utilisateur.

Un bilan de fin de séjour vient ponctuer le départ lorsque l'accompagnement le permet. Il donne lieu à une rédaction finale qui reprend l'ensemble des événements marquants du séjour du résidant. Y participent, outre l'utilisateur lui-même, le directeur et/ou le chef de service et au moins un membre de l'équipe éducative. Le contenu des bilans prend en compte les éléments qui émanent des différents groupes de travail organisés par l'équipe.

Ces groupes ont pour fonction de faire vivre la dimension d'étalement par les pairs qui vient charpenter les dynamiques personnelles mises en œuvre par chaque résidant.

## **Pour les Appartements Thérapeutiques Relais**

### **Le groupe de parole**

L'ensemble des résidents de la structure se réunit une fois par semaine. Le groupe de parole est animé par deux éducateurs. Les thèmes de discussion sont proposés par les résidents. Ils concernent les préoccupations du quotidien : recherche d'emploi, démarches administratives, mais aussi, l'isolement, les difficultés d'intégration dans le milieu social, etc.

A l'occasion, il est demandé aux résidents d'exposer au groupe leur situation personnelle, notamment en cas de retour dans la structure après « mise à pied » provisoire.

De façon plus globale, ce groupe est proposé comme un outil permettant aux résidents d'évoluer, de changer au contact des autres - grâce aux interactions, au principe de co-étayage, aux processus d'identification des résidents entre eux- afin de les aider à retrouver confiance en eux et une meilleure estime d'eux-mêmes.

## **Pour la Communauté Thérapeutique de Flambermont**

### **Le comité de résidents**

Cette instance s'inscrit dans la dynamique initiée dans le cadre de la Loi du 2 janvier 2002-2 instituant le Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Il est constitué de 4 résidents nécessairement engagés dans la deuxième ou troisième phase du cursus institutionnel. Il est renouvelé tous les deux mois par moitié.

Les conditions nécessaires pour intégrer le comité de résidents sont :

- le volontariat,
- une certaine ancienneté,
- une réelle implication dans la vie de la Communauté,
- un parcours cohérent par rapport aux objectifs thérapeutiques fixés.

Suite à une demande exprimée par écrit, la nomination se fait après consultation du groupe de résidents, de l'équipe éducative et du comité de résidents en exercice.

Cette instance se réunit au moins une fois par mois mais en dehors des activités, des ateliers et des réunions programmées. Les membres du comité rencontrent le directeur et/ou le chef de service ainsi que, le cas échéant, des membres de l'équipe.

Ce comité constitue une interface entre l'équipe éducative et l'ensemble des résidents ; elle permet à ceux-ci d'exprimer des propositions, des remarques et des critiques qu'il serait sans doute difficile de formuler individuellement.

Le comité de résidents gère la « caisse de solidarité » (voir annexes 1)

*Cette instance constitue également un outil important du projet thérapeutique de la communauté.*

### **La caisse de solidarité**

La caisse solidarité est fondée sur le principe d'un don que fait chaque résidant chaque mois afin de pouvoir aider financièrement un autre résidant qui serait dans une grande difficulté financière due à une absence de ressources. Elle est cogérée par l'institution et par les membres du « Comité des résidants ».

Elle est également abondée par les activités menées par les usagers admis au sein de cette institution communautaire, activités qui peuvent, le cas échéant, donner lieu à des ventes aux particuliers.

Cette caisse solidarité peut aussi permettre d'améliorer les conditions de vie des résidants de la communauté par des achats ou encore le financement ou le cofinancement de certaines actions collectives, culturelles ou de loisirs.

Cette caisse est aussi utilisée afin d'offrir un cadeau d'une valeur maximale de 30 euros aux résidants lors de leur anniversaire, ainsi que pour leur départ de la communauté.

De même, des aides financières et/ou des dons peuvent être mis en œuvre. Ces aides sont remboursables durant le séjour dès que la personne bénéficiaire voit sa situation financière ou ses ressources être à nouveau effectives. Une aide à l'insertion peut être octroyée sous forme de prêts – remboursables selon un délai et des modalités à établir au cas par cas, dont le montant ne pourra excéder le 1/3 de la somme nécessaire sollicitée. Des éléments de « preuves » seront à fournir – par exemple, copie du bail de location établissant le montant d'une caution, etc. L'utilisateur demandeur doit avoir fait l'effort d'économie pour pouvoir accéder à cette possibilité.

### **L'association « Pairs'pectives »**

Créée à l'initiative d'anciens résidants de la Communauté Thérapeutique de Flambermont, les membres de cette association proposent de s'organiser pour s'entraider selon le principe de l'auto-support par les pairs.

Dans cette perspective, l'association prend des initiatives pour développer des liens et des actions susceptibles de soutenir la démarche des résidants de la communauté en fin de séjour qui se trouvent dans une dynamique de sortie et de réinsertion ou qui bénéficient d'une prise en charge dans le cadre des Appartements Thérapeutiques Relais.

Elle offre un cadre de soutien et d'aide mutuelle aux membres de l'association qui peuvent être confrontés à la solitude et/ou à des difficultés sociales, médicales ou encore à des problèmes liés à leur ancienne problématique addictive.

*Plus généralement, cette association se propose de développer son action dans le cadre d'un partenariat responsable et réciproque avec le SATO-Picardie et d'apporter*

*les avis et conseils, du point de vue des usagers, sur le fonctionnement des structures et les projets du SATO-Picardie.*

## **DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT**

### **Textes de référence**

- Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers et à la qualité du système de santé,
- Décret N° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de Santé Publique,
- Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La demande doit être impérativement écrite et adressée au Directeur Général et/ou au Directeur adjoint de l'association. Elle doit être précise et indiquer le choix des modalités de consultation : soit par consultation gratuite sur place, soit par délivrance de copies.

L'utilisateur ne doit en aucun cas justifier sa demande. Il peut demander l'accès à son dossier à tout moment de sa prise en charge ou après sa sortie du service ou de l'établissement. En revanche, en ce qui concerne la demande des ayants droit, celle-ci doit expressément indiquer le motif.

L'utilisateur, ses ayants droit, les personnes titulaires de l'autorité parentale, le mandataire judiciaire, le médecin désigné comme intermédiaire par l'une des personnes citées ci-dessus, un mandataire choisi par l'utilisateur et disposant d'un mandat spécial peuvent demander la communication d'un dossier médical. Dans tous les autres cas (conjoint, enfant (s) de l'utilisateur, curateur, etc. l'association en pourra répondre favorablement aux demandes d'informations médicales.

Au préalable, selon les modalités décrites ci-dessus, l'association doit vérifier la qualité du demandeur afin de s'assurer que celui-ci peut juridiquement recevoir le dossier sans violation du secret médical. La preuve de cette qualité se fait par tout moyen légal conformément à l'article 730 du code civil (livret de famille, acte de notoriété, etc.). Le demandeur devra fournir une pièce d'identité.

Les signatures