Conseillers Habitat Santé (CHS)
Conseillers en Environnement Intérieur (CEI)
Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI)

Ces conseillers interviennent pour vous accompagner dans la prévention et la prise en charge des pathologies liées à l'environnement.

DANS QUELS CAS PRESCRIRE UNE VISITE ?

Lorsque l'environnement intérieur du patient que vous suivez pour pathologie liée à l'environnement a, ou pourrait avoir un rôle dans le déclenchement, la persistance ou l'aggravation des symptômes.

Exemples :

- Malgré le traitement, les symptômes de votre patient persistent voire s'aggravent
- Plusieurs membres d'une famille vivant sous le même toit présentent des symptômes allergiques/respiratoires
- Votre patient vous décrit un logement avec des phénomènes récurrents d'humidité
- …

COMMENT PRESCRIRE LA VISITE D'UN CONSEILLER ?

Remplir la demande d'intervention-type d'un conseiller et la renvoyer au conseiller de secteur dont les coordonnées apparaissent sur le formulaire.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION ?

Le coût de la visite est pris en charge par les financeurs du dispositif. La durée de la visite est d'environ deux heures.

QUELLES SONT LES ÉTAPES DE LA VISITE D'UN CONSEILLER ?

- Recueil des données de l'habitat (température, humidité, ventilation, chauffage ...)
- Recueil d'informations sur les habitudes et modes de vie des occupants
- Constat visuel de sources de polluants biologiques et chimiques de l'environnement intérieur, avec prélèvements et analyses si jugés pertinents par le conseiller
- Conseils personnalisés et hiérarchisés au patient et à sa famille sur les pratiques permettant d'améliorer la qualité de l'air intérieur
- Recherche conjointe des moyens d'obtenir une diminution optimale des allergènes et polluants
- Envoi d'un compte-rendu au patient et au médecin prescripteur
- Mise en relation avec des organismes spécialisés dans l'amélioration de l'habitat (ADIL, habitat indigne, services d'hygiène…)

Nota bene : La visite CMEI n'est pas un dispositif permettant, en première intention :

- De contribuer et d'aboutir à un relogement
- De contribuer à la résolution d'un litige entre bailleur et locataire(s)
- De contribuer à la résolution d'un litige de voisinage

https://www.paca.ars.sante.fr/conseiller-en-environnement-interieurconseiller-habitat-sante

Les pathologies liées à l'environnement sont une préoccupation de santé publique. Leur évolution peut être influencée par des facteurs environnementaux, dont les polluants de l'air intérieur qui, par la multiplicité et la permanence des sources d'exposition, ont un rôle majeur dans l'apparition ou l'aggravationdes symptômes et pathologies.

Il peut être difficile d'obtenir des informations précises sur les facteurs défavorables à la santé, qu'ils soient liés à l'état structurel du logement ou aux usages dans celui-ci.

Les conseillers Habitat Santé (CHS), les Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI) et les Conseillers en Environnement intérieur (CEI) sont des professionnels diplômés,en capacité d'établir un audit de l'environnement intérieur et de proposer des conseils concrets et personnalisés face aux risques environnementaux



Demande d'intervention pour une visite à domicile

D'un(e) conseiller(e) habitat santé (CHS) - conseiller(e) en environnement intérieur (CEI) - conseiller(e) médical(e) en environnement intérieur (CMEI)

Coordonnées du conseiller de secteur : Céleste Guillaud
Mail : conseillers-paca@appa.asso.fr
celeste.guilaud@appa.asso.fr
Tél : 0626889648

MÉDECIN

Le docteur .....

Téléphone : .....

Courriel : .....
.....

Adresse postale : .....
.....

Spécialité :
- ☐ pneumologue
- ☐ allergologue
- ☐ généraliste
- ☐ pédiatre
- ☐ autre : .....

Statut : ☐ libéral ☐ PMI ☐ médecin hospitalier ☐ autre : .....

Cachet :

PATIENT(E)

Demande qu'une enquête environnementale ait lieu chez :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../.....

Sexe : ☐ F ☐ M

Adresse : .....
.....
.....

Téléphone : .....

Courriel : .....
.....

Autre(s) membre(s) de la famille suivi(s) pour une pathologie : .....

☐ Oui Âge(s) : ..... Pathologie(s) : .....

DIAGNOSTIC MÉDICAL : .....

CONTEXTE MÉDICAL

Si asthme : ☐ modéré ☐ sévère // ☐ contrôlé ☐ non-contrôlé

Si rhinite : Chronique : ☐ oui ☐ non // Réfractaire au traitement : ☐ oui ☐ non

Allergie(s) connue(s) : ☐ acariens ☐ chats ☐ chiens ☐ pollens ☐ moisissures
☐ autres : .....

Autre(s) pathologie(s) : ☐ mucoviscidose ☐ saturnisme (☐ cas dans l'entourage)

☐ PID // ☐ suspicion PHS ☐ PHS avérée

Antigène identifié : .....
Antigène suspecté : .....

Autre(s) : .....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES : .....
.....
.....
.....

DATE : | **SIGNATURE DU MÉDECIN (+ - CACHET) :** | **ACCORD DU PATIENT (OBLIGATOIRE) :**