ANNEXE 1

Appel à projet régional n° 2022-PDS-01

CAHIERS DES CHARGES

relatifs à la création de :

Lits halte soin santé (LHSS)
Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)
Équipes mobiles santé précarité (EMSP)

Région Occitanie

Préambule

L'article R. 313-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que le cahier des charges de l'appel à projet :

- identifie les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève ;
- indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L. 313-4 du CASF. Il invite, à cet effet, les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés ;
- autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il pose, sous réserve du respect d'exigences minimales fixées ;
- mentionne les conditions particulières qui pourraient être imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

A l'exception des projets expérimentaux et innovants, les rubriques suivantes doivent figurer dans le cahier des charges :

- La capacité en lits, places ou bénéficiaires à satisfaire ;
- La zone d'implantation et les dessertes retenues ou existantes ;
- L'état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire ainsi que les critères de qualité que doivent présenter les prestations ;
- Les exigences architecturales et environnementales ;
- Les coûts ou fourchettes de coûts de fonctionnement prévisionnels attendus.

1. Présentation du besoin médico-social à satisfaire

1.1. Contexte national

Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, 750 places de lits halte soins santé (LHSS) seront déployées sur les territoires d'ici 2022. En 2021, 200 places de LHSS ont été réparties.

Dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé », des crédits ont été mis à disposition des ARS pour permettre la création :

- de 750 places de lits halte soins sante (LHSS) supplémentaires pour atteindre 2 800 places d'ici fin 2022.

- des équipes mobiles santé précarité (EMSP), qui permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, là où elles vivent, quelle que soit leur situation administrative.

- des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP), qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies..

1.2. Contexte régional

Les enseignements de la crise sanitaire ont fait émerger de nouvelles solutions en termes de prise en charge des populations les plus démunies. Il apparaît aujourd'hui nécessaire de renforcer ces solutions en tenant compte des parcours diversifiés des personnes, que ce soit dans le repérage, la prise en charge et jusqu'à la fin de l'accompagnement.

Sous l'impulsion de la mesure 27 du Ségur de la santé et de la Stratégie pauvreté, des moyens sont mis en œuvre, au travers de cet appel à projet, afin de créer et renforcer l'offre de LHSS existante mais également en développant de nouvelles modalités de réponse « d'aller-vers » par le biais des dispositifs EMSP et ESSIP.

Au niveau régional, font l'objet de cet appel à projet 43 places de LHSS, 40 accompagnements ESSIP, et la création d'EMSP dont le dimensionnement sera déterminé en fonction de l'équipe de professionnels et ses missions. Les projets d'EMSP ne devront pas excéder une enveloppe maximale de 200 000€, frais de fonctionnements inclus.

L'ARS Occitanie accorde une importance particulière à la territorialisation, l'articulation avec les dispositifs existants et l'inclusion de ces nouveaux dispositifs en fonction des besoins des populations. Ainsi, une attention sera notamment portée à une répartition homogène des dispositifs sur l'ensemble des départements, dont la Lozère, seul département non équipé en LHSS.

2. Le contenu attendu de la réponse au besoin - Dispositions communes aux trois dispositifs concernés par le présent appel à projet :

2.1. La capacité à faire du candidat

L'expérience du promoteur :

Le promoteur indiquera le nombre et la diversité d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) gérés. Il apportera également les informations relatives à l'expérience qu'il a pu acquérir pour la prise en charge des publics cibles.

Le promoteur devra garantir sa capacité à mettre en œuvre le projet durant le 1er semestre 2023.

La connaissance du territoire :

Le candidat pourra éventuellement faire valoir des éléments de connaissance du territoire ainsi que son implantation. Toutefois, ceci n'empêche pas la candidature de promoteurs n'intervenant pas, à ce jour, sur le territoire.

2.2. La prestation attendue sur le territoire

Les compétences et qualifications mobilisées :

Le projet présentera les ressources humaines prévues et précisera l'implantation géographique en explicitant notamment les moyens de transport, la distance aux différents services et lieux de soins, ainsi que les modalités de coordination prévues avec ces derniers.

La cohérence financière du projet :

Il sera examiné notamment :

- la cohérence du budget prévisionnel relatif à la section du personnel au regard de la qualité de la prise en charge souhaitée ;
- les autres aspects financiers tels que le respect du coût à la place / accompagnement et la répartition par groupes fonctionnels.

Le cas échéant, le candidat devra fournir l'exposé précis des variantes proposées et préciser les conditions de respect des exigences minimales fixées.

Le candidat pourra, selon les dispositions du 3° de l'article R. 313-3-1 du CASF, présenter une ou des variantes sous réserve des exigences minimales que le cahier des charges fixe. La variante se définit comme « une ou des offres équivalentes ou alternatives à la solution de base proposée en réponse, qu'elles consistent aussi bien en une modification de certaines conditions techniques décrites dans le cahier des charges ou une dérogation aux exigences et critères que l'autorité publique a posés dans le cahier des charges ».

Exigences minimales :

Outre les dispositions de l'arrêté du 30 août 2010 relatif au contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques du projet déposé dans le cadre de la procédure d'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF, il s'agit, *a minima*, des critères sur lesquels l'ARS Occitanie n'accepte pas de variantes :

- **le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;**
- **la présentation de l'état d'avancement des partenariats ;**
- **le respect de l'enveloppe financière indiquée.**

❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋

LES LITS HALTE SOIN SANTÉ

1. Public accueilli et missions :

Les structures dénommées « Lits halte soin santé » (LHSS) mentionnées au 9° de l'article L. 312-1 du CASF accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Elles ont pour missions :

- de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- d'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie.

Elles peuvent également assurer des missions complémentaires et, à ce titre, proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés aux personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dans le cadre d'activités réalisées au sein du site de la structure LHSS ou en dehors de celui-ci. Elles réalisent à ce titre un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies.

2. Mode d'organisation et modalités de fonctionnement :

Les dispositions d'ordre général en matière d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux sont applicables aux LHSS.

2.1. Gestionnaire

Les structures LHSS sont gérées par une personne morale de droit public ou de droit privé, ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge.

Une même personne morale peut gérer plusieurs structures LHSS, implantées sur différents sites.

2.2. Ouverture

Les LHSS sont ouverts 24 h/24 et 365 jours par an.

3. Durée du séjour et sortie

La durée prévisionnelle du séjour est au maximum de deux mois. Cette durée est renouvelable en tant que de besoin, en fonction de l'état sanitaire de la personne.

La sortie d'une personne accueillie en LHSS est soumise à avis médical, pris après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure.

Les personnes souhaitant quitter volontairement le dispositif contre avis médical doivent être informées par l'équipe pluridisciplinaire des risques liés à cette sortie prématurée.

En cas de mise en danger avérée des personnels ou des résidents de la structure, le directeur, en lien avec le médecin responsable, peut prononcer l'exclusion de l'auteur des faits. L'équipe pluridisciplinaire s'assure, dans la mesure du possible, de la continuité de la prise en charge après la sortie.

4. Orientation et admission

L'orientation vers les LHSS est réalisée par un professionnel de santé.

Le service intégré d'accueil et d'orientation prévu à l'article L. 345-2 du CASF peut orienter les personnes vers les structures LHSS à la condition qu'il dispose d'au moins un professionnel de santé.

L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable des LHSS. Le refus d'admission prononcé par le directeur de la structure est motivé.

5. Locaux

Compte tenu des capacités proposées dans l'appel à projet, les LHSS pourront être adossés à une structure sociale, médico-sociale ou sanitaire existante.

L'accueil dans une structure LHSS se fait en chambre individuelle. Toutefois, la structure peut être autorisée à déroger à cette règle dans la limite de trois lits par chambre maximum, après vérification des conditions d'hygiène, de fonctionnalité des soins et d'intimité des personnes accueillies.

La structure comporte au moins :

- une salle de soin avec une armoire sécurisée et un coffre ;
- un cabinet médical avec point d'eau ;
- un lieu de vie et de convivialité ;
- un office de restauration ;
- un lavabo et un cabinet de toilette par chambre et une douche pour cinq personnes accueillies.

Dans la mesure du possible, la structure assure l'accueil de l'entourage proche et prévoit un mode d'accueil des animaux accompagnants.

Un plan définissant les espaces et la superficie des locaux dédiés aux LHSS sera fourni.

6. Médicaments et produits de santé destinés aux soins

Conformément aux articles L. 5126-1, L. 5126-5 et L. 5126-6 du code de la santé publique, les médicaments et les autres produits de santé destinés aux soins sont détenus et dispensés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure ou d'un pharmacien ayant passé convention avec celle-ci.

Les médicaments et les autres produits de santé nécessaires aux soins en vente libre sont fournis gracieusement aux personnes accueillies. Ils sont achetés en officine ou auprès d'un grossiste ou d'un laboratoire. Pour les médicaments, les autres produits de santé et les prestations de service et de distribution de matériel soumis à prescription médicale, des ordonnances nominatives sont réalisées par le médecin responsable des LHSS, et délivrées par un pharmacien d'officine. Les médicaments de la réserve hospitalière sont délivrés par une pharmacie hospitalière à usage intérieur.

Au regard du public accueilli et de ses missions, les LHSS, conformément à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique et dans les conditions prévues à l'article R. 6325-1 de ce même code, peuvent s'approvisionner en médicaments auprès des distributeurs en gros à vocation humanitaire.

7. Coopérations et partenariats

Les structures LHSS signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques. Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements au sein des LHSS. Elle indique également les modalités selon lesquelles la structure LHSS peut avoir, s'il y a lieu, accès aux plateaux techniques et à la pharmacie à usage intérieur et recours à des consultations hospitalières, et à des hospitalisations pour les personnes accueillies par la structure dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

Les structures LHSS peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels.

Dans les conditions prévues aux articles R. 6121-4-1 et D. 6124-311 du code de la santé publique, une convention peut être conclue avec une structure d'hospitalisation à domicile afin de répondre aux besoins sanitaires d'un patient tout en le maintenant dans la structure.

8. Les ressources humaines

8.1. Composition de l'équipe

Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, les structures LHSS disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin responsable, des infirmiers diplômés, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'Etat niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien.

Les LHSS peuvent également disposer d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie sociale.

Leur nombre est fixé en fonction du nombre de lits, des pathologies et besoins sociaux des personnes accueillies.

8.2. Rôle du médecin responsable

Les soins sont coordonnés par des professionnels de santé placés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure. Ce dernier établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins et traitements et s'assure de leur continuité. Il réalise, en lien avec les professionnels de santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Il effectue toute démarche contribuant à l'accès à des soins, non délivrés par l'établissement. En cas d'urgence, il est fait appel au 15.

8.3. Accompagnement social

Un accompagnement social adapté est réalisé sous la responsabilité du directeur de la structure. Il s'inscrit dans une continuité de prise en charge avant et après son accueil en LHSS.

8.4. Statuts

Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs administratifs et techniques, soignants et sociaux, mis à disposition, ou des professionnels de santé libéraux rémunérés par la structure, et dont les prestations sont formalisées par contrat, convention ou protocole.

La mutualisation des personnels de plusieurs structures peut être organisée dans le cadre de la coordination des établissements prévue à l'article L. 312-7 du CASF.

8.5. Formation

Les personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les LHSS disposent d'une expérience préalable de travail auprès de ce public. A défaut, ils reçoivent une formation à ce type de prise en charge.

Les éléments suivants doivent figurer dans le dossier :

- la répartition des effectifs prévus par type de qualification et par catégorie professionnelle (en nombre et en équivalent temps plein), distinction faite du personnel salarié et des intervenants extérieurs (libéraux, mis à disposition, autres) ;
- l'organigramme ;
- la convention collective nationale de travail appliquée ;
- le calendrier relatif au recrutement ;
- les délégations de signature et/ou de pouvoirs en cas d'absence ou d'empêchement du directeur ;
- les modalités de remplacement des personnels en cas d'absence ;
- les modalités relatives aux astreintes ;
- le processus de supervision et de soutien des pratiques professionnelles ;
- le plan de formation des personnels : il doit prévoir des formations relatives à la promotion de la bientraitance/prévention de la maltraitance ainsi qu'une sensibilisation préalable et une formation continue adaptées à la prise en charge des personnes accueillies en LHSS.

Le projet tiendra compte des obligations relatives aux modalités de délégation et au niveau de la qualification des professionnels chargés de la direction de l'établissement, et ce conformément aux articles D 312-176-5 à 10 du CASF.

9. Cohérence financière du projet

Les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie et relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social et des conditions fixées par les articles R 174-16-1 à 5 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux articles L. 174-9-1 et R. 174-7 du code de la sécurité sociale et L. 314-8 du CASF, les structures LHSS sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 314-3-2 du CASF, sans préjudice d'autres participations complémentaires.

Cette dotation couvre les soins, l'accueil, l'hébergement, la restauration, et le suivi social des personnes accueillies.

Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie.

L'enveloppe permettant la création de places LHSS est calculée sur la base d'un coût par lit et par an de 41 965 €.

Le budget de la structure LHSS est indépendant de tout autre.

Le budget prévisionnel sera présenté pour la première année de fonctionnement et également en année pleine. Il devra être en cohérence et conforme aux éléments précités.

10. Délai de mise en œuvre

L'ouverture des LHSS autorisés au titre d'une création devra avoir lieu de préférence au 1er semestre 2023.

Elle est conditionnée à la réalisation d'une visite de conformité conformément aux dispositions des articles D. 313-11 et suivants du CASF.

11. Modalité d'évaluation et de mise en œuvre des droits des usagers

11.1. Principes et outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux garantis aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires :

- le livret d'accueil (article L. 311-4 du CASF) auquel sont annexés :
    - la charte des droits et libertés de la personne accueillie
    - le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF)
- le document individuel de prise en charge ou contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF)
- les modalités de participation des usagers (article L. 311-6 du CASF)

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 sont à préciser.

11.2. Evaluation

L'évaluation de la qualité en ESMS est prévue par l'article L. 312-8 du CASF. Elle a pour objet d'apprécier la qualité des prestations délivrées par les ESMS aux personnes accompagnées et vise l'ensemble des ESMS mentionnés à l'article L.312-1 du CASF, sauf dérogations prévues par le même code.

Conformément aux dispositions prévues par le décret du 26 avril 2022 modifiant le décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESMS, le nouveau calendrier des évaluations est prévu tous les 5 ans. Le décret du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS précise que cette évaluation est réalisée par un tiers extérieur indépendant de l'ESMS, accrédité par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

Un nouveau référentiel du 10 mars 2022 a été mis à la disposition des gestionnaires par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur son site internet.

11.3. Bilan d'activité

Conformément à l'article R. 314-50 du CASF, un rapport d'activité quantitatif et qualitatif sera joint au compte administratif envoyé chaque année à l'ARS. Il décrira l'activité et le fonctionnement des LHSS pour l'année concernée.

La nature, les modalités de recueil et de remontée des indicateurs d'activité auprès de l'ARS sont à décrire dans le dossier de réponse de l'appel à projets.

*

* *

LES ÉQUIPES SPÉCIALISEES DE SOINS INFIRMIERS PRÉCARITÉ

1. Définition

Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) sont des dispositifs médico-sociaux qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou très démunies.

Leurs actions s'inscrivent dans une démarche « d'aller-vers » : les ESSIP visent à répondre aux problématiques des publics spécifiques accueillis dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (ex : centre d'hébergement d'urgence, centre d'hébergement et de réinsertion sociale) ou encore dans des lieux de vie informels (campements, squats, bidonvilles…).

Les ESSIP dispensent des soins infirmiers techniques et relationnels dans la durée aux personnes en situation de précarité. Elles apportent en outre une réponse en matière d'hygiène, de difficultés liées aux addictions ou encore d'inconstance dans la démarche de soins. Leur temps d'intervention est suffisamment long pour permettre l'instauration d'une relation de confiance avec les personnes accompagnées.

Elles visent à :

- Répondre aux besoins de soins de personnes en situation de précarité dans une démarche « d'aller-vers » ;
- Eviter des hospitalisations, quand cela est possible, des personnes en situation de précarité ;
- Garantir des sorties d'hospitalisation sans rupture de soins.

2. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ESSIP

2.1. Publics cibles

Les personnes en situation de précarité forment le public visé. A titre principal, sont concernées celles accueillies et hébergées au sein des structures du réseau « accueil hébergement insertion » (AHI) : structures d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidences sociales etc. Néanmoins, les personnes vivant à la rue ou dans tout type de logement informel (en campement, en squat, en bidonville…) peuvent également faire partie du public visé.

2.2. Composition de l'équipe

Les ESSIP, dont la composition est inspirée de celle des SSIAD (art. D. 312-1 du CASF), sont composées :

- D'un infirmier coordonnateur (IDEC) qui réalise les activités de coordination du fonctionnement interne de l'équipe, le cas échéant, les activités d'administration et de gestion de l'ESSIP, les

activités de coordination de l'équipe avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux ;
- D'infirmiers qui assurent les soins dans leur champ de compétences et organisent le travail de l'équipe ;
- D'aides-soignants qui dispensent les soins de base et relationnels.

En tant que de besoin, l'équipe peut également inclure des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, ou tout autre professionnel pouvant concourir à la réalisation des missions de l'ESSIP.

Les infirmiers libéraux, les pédicures-podologues libéraux, et les centres de santé infirmiers peuvent exercer au sein de l'ESSIP, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de l'équipe mobile.

Idéalement, l'ESSIP prévoit de pouvoir faire appel à un travailleur social pour permettre à l'IDEC d'initier un accompagnement social personnalisé pour les personnes accompagnées. Ce travailleur social peut être intégré à l'équipe mobile, être présent au sein de la structure porteuse ou être mobilisé dans le cadre d'une convention.

La composition de l'équipe de la structure est à adapter en fonction du nombre de personnes suivies, de ses modalités d'intervention, notamment de l'amplitude horaire de fonctionnement, ainsi que des besoins sanitaires et sociaux des personnes.

2.3. Modalités d'intervention

Les ESSIP dispensent des soins techniques et relationnels sur prescription médicale.

Elles n'assurent des bilans de santé qu'en tant que de besoin.

Les ESSIP doivent pouvoir assurer une continuité des soins le soir, le week-end et les jours fériés. L'astreinte de nuit n'est pas requise, dans la mesure où ce dispositif permet de dispenser des soins à la personne et diffère d'une structure sanitaire telle qu'une hospitalisation à domicile (HAD).

A l'échelle de chaque territoire, les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité devront s'appuyer sur un travail en réseau et une connaissance mutuelle des professionnels des secteurs du social et de la santé, et ce afin de proposer des réponses coordonnées et un parcours de soin adapté à l'évolution des besoins en soins de ces personnes.

L'ARS veillera à garantir une couverture territoriale cohérente. Les ESSIP seront planifiés dans les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

L'ARS Occitanie attend un accompagnement régulier des personnes prise en charge par les ESSIP.

2.4. Durée de la prise en charge

La prise en charge dans le cadre des ESSIP débute par une prescription médicale et la durée de l'accompagnement est fonction de cette prescription.

2.5. Portage de l'ESSIP

L'autorisation en tant qu'ESSIP est délivrée par l'ARS après une procédure d'appel à projets.

Peuvent candidater à cet appel à projets des structures issues du champ social ou médico-social, notamment les gestionnaires d'un service relevant du 6° ou 7° du I du L. 312-1 du CASF (ex : SSIAD).

L'ARS délivre après l'appel à projets une autorisation distincte à l'ESSIP au titre du 9° du I de l'article L. 312-1. L'ESSIP peut être autonome ou adossée à une structure préexistante.

Si un projet d'ESSIP adossé à un SSIAD est retenu, l'ARS ne peut pas délivrer cette autorisation sur le fondement des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1.

Le territoire d'intervention de l'ESSIP sera défini par l'opérateur en lien avec l'ARS.

Les ESSIP peuvent être gérées par des structures de droit public ou privé dotées de la personnalité morale. La structure porteuse doit avoir une connaissance du champ social ou au champ médico-social (ex : SSIAD ou SPASAD).

Le porteur doit montrer, dans son projet d'ESSIP, qu'il a une connaissance des modes de vie des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, et prévoir des modalités particulières pour leur assurer un accompagnement adapté.

2.6. Droits de l'usager

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires. Le dossier devra présenter un exemplaire des documents suivants :

- Le livret d'accueil ;
- Le règlement de fonctionnement ;
- Le document individuel de prise en charge ;
- Le mode de participation des usagers (conseil de vie sociale, questionnaire de satisfaction...) ;
- Un document garantissant la promotion de la bientraitance des usagers.

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de la HAS.

2.7. Coopération et partenariat

Les porteurs de projets devront identifier les structures avec lesquelles l'ESSIP devra être en lien pour jouer le rôle d'entrée, d'orientation et de maintien dans le parcours de soins : hospitalisation à domicile (HAD), établissements de santé, professionnels de santé libéraux, structures et dispositifs de l'accompagnement et des soins en addictologie et de santé mentale, professionnels de l'accompagnement social, de l'hébergement et du logement.

Le recours à des médecins prescripteurs de l'ESSIP doit être prévu par les porteurs de projet, en raison du nombre important de personnes en situation de précarité ne disposant pas de médecin traitant. En effet, les constats réalisés auprès des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité, déjà créées en Hauts-de-France ont mis en évidence qu'un nombre important de personnes en situation de précarité ne disposait pas d'un médecin traitant (de l'ordre du tiers). Aussi, une attention particulière devra être portée, dès la formalisation d'un projet d'ESSIP, au partenariat avec les médecins prescripteurs de l'intervention de l'ESSIP (médecins de ville, hospitaliers, dispositif assurance maladie…).

Les ESSIP conventionnent avec un ou plusieurs établissements de santé afin d'assurer la continuité des soins des personnes accompagnées, notamment pour les situations où l'hospitalisation s'avère nécessaire.

Afin d'initier un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes prises en charge par l'ESSIP, cette dernière devra passer une convention avec le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) du département où elle agit.

Au regard du public ciblé, les projets d'ESSIP pourront préciser les propositions d'axes de travail avec les partenaires de la prévention et de la promotion de la santé en particulier sur les champs de l'addiction, des troubles cognitifs, de la santé sexuelle et de la santé mentale, les obligations réciproques, afin de favoriser la complémentarité et de garantir la continuité de la prise en charge.

Elles peuvent participer, en lien avec les structures du territoire investies dans le champ de l'addictologie, à la distribution et la promotion du matériel de prévention ainsi que du matériel adapté de réduction des risques et des dommages pour les consommateurs de produits psychoactifs par des intervenants formés au préalable à ces pratiques.

3. Budget

Les accompagnements des ESSIP sont financées sur des crédits de l'ONDAM spécifique.

Le projet d'ESSIP comporte :

- Le programme d'investissements prévisionnel (nature des opérations, coûts, modes de financement et planning de réalisation) ;

- Le budget de fonctionnement sur six mois du service et pour sa première année de fonctionnement.

4. Evaluation et indicateurs de suivi

L'évaluation de la qualité en ESMS est prévue par l'article L. 312-8 du CASF. Elle a pour objet d'apprécier la qualité des prestations délivrées par les ESMS aux personnes accompagnées et vise l'ensemble des ESMS mentionnés à l'article L.312-1 du CASF, sauf dérogations prévues par le même code.

Conformément aux dispositions prévues par le décret du 26 avril 2022 modifiant le décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESMS, le nouveau calendrier des évaluations est prévu tous les 5 ans. Le décret du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS précise que cette évaluation est réalisée par un tiers extérieur indépendant de l'ESMS, accrédité par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

Un nouveau référentiel du 10 mars 2022 a été mis à la disposition des gestionnaires par la HAS sur son site internet.

S'agissant des indicateurs de suivi, un outil sera mis à disposition afin de mesurer l'activité des ESSIP par l'ARS Occitanie.

*

* *

LES ÉQUIPES MOBILES SANTÉ PRÉCARITE

1. Définition

Les EMSP permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou très démunies, là où elles vivent, et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement dans une approche « d'aller-vers », quelle que soit leur situation administrative.

Ces équipes dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes.

Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés.

Elles peuvent intervenir dans le cadre de permanences délocalisées au sein de structures sociales ou médico-sociales et y dispenser des actions de formation ou des actions de sensibilisation.

Les Equipes mobiles santé précarité (EMSP) sont des structures (ESMS) autonomes, non rattachées à une structure médico-sociale ou sociale préexistante, et détentrices d'une autorisation de fonctionnement qui leur est propre.

2. Activités et missions principales de ces dispositifs

Dans le cadre des missions des EMSP, les prestations peuvent recouvrir :

- Evaluation ponctuelle de l'état de santé somatique et psychique des personnes ;
- Délivrance de premiers soins, appui à l'hospitalisation si nécessaire ;
- Conseils en matière de réduction des risques et des dommages pour les personnes usagères de produits psychoactifs, sous réserve d'être formées, et information et/ou orientation vers le secteur de l'addictologie pour un accompagnement spécialisé ;
- Prise en charge avant recours au système de santé de droit commun (médecin généraliste ou spécialiste) ou à un dispositif spécialisé (de type LHSS, LAM, CSAPA, CAARUD, ACT, ou autre) ;
- Orientation vers des bilans de santé et suivi ; participation à des programmes de prévention individuelle – vaccinations ou dépistage ;
- Concours à des activités d'éducation à la santé et à d'éducation thérapeutique ;
- Construction d'actions collectives de prévention-promotion de la santé ;

- Identification des besoins en matière d'accompagnement social, d'ouverture des droits (domiciliation, minima sociaux, papiers d'identité, couverture maladie, etc.) ;
- Recueil des informations sur le suivi social, aide à la réalisation de demandes d'hébergement ou de logement (ex SIAO, demande de logement social...).

Les équipes peuvent également assurer un appui ponctuel aux structures d'hébergement d'urgence recevant des personnes ayant des problématiques de santé non prises en charge. Elles peuvent, le cas échéant, y assurer des formations ou des actions de sensibilisation.

Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social pour assurer une prise en charge globale et favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels.

Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Cette mission doit être assurée en articulation - voire uniquement en cas d'absence - avec les équipes de veille sociale intervenant sur le territoire.

3. Modalités d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs

3.1. Publics cibles

Les publics ciblés par les dispositifs sont, quel que soit leur statut administratif :

- Des personnes sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- Des personnes en situation d'urgence sociale ayant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) et en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mise en place au sein des structures suivantes ;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil: accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociaux (CCAS), centres de santé, etc.
- Des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé (personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, sortant de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-social ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)…).

3.2. Composition de l'équipe

Le fonctionnement des Equipes mobiles santé précarité repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui les compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge.

La composition de l'équipe de la structure est à adapter en fonction de la file active, de ses modalités d'intervention et de son amplitude horaire de fonctionnement.

Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima :

- d'un infirmier ;
- d'un professionnel du travail social.

Un temps médical à adapter en fonction des missions identifiées au sein de la structure et pouvant être mutualisé avec d'autres structures est identifié :

- Un médecin intervenant dans la structure est chargé de la coordination des soins.
- Un médecin doit être présent dans l'équipe ou d'astreinte afin de répondre aux sollicitations des équipes en activité.

Elles peuvent s'adjoindre les compétences d'autres catégories de personnel adaptées aux missions et activités arrêtés dans le projet d'établissement, et notamment :

- Psychologue ;
- Aide-soignant ;
- Aide à domicile et autres intervenants d'aide à domicile ;
- Médiateur en santé ;
- Pair aidant.

Un temps d'interprétariat sera idéalement prévu, en fonction des publics accompagnés et des ressources mobilisables. Une attention particulière sera portée aux projets comportant un temps de médiation en santé.

Lorsque le fonctionnement de l'équipe repose sur un camion/bus/véhicule aménagé, l'équipe est également composée d'un chauffeur, formé si possible pour être intervenant/accueillant social.

3.3. Modalités d'intervention des EMSP

Les ARS veilleront à garantir une couverture territoriale cohérente. Les EMSP seront planifiés dans les PRAPS (Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis).

Les modalités d'intervention sont à adapter en fonction des besoins identifiés sur le territoire et en cohérence avec le PRAPS et les plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

Les EMSP peuvent intervenir :

- De leur propre initiative, dans un périmètre géographique identifié dans le projet d'établissement ;
- À la demande et en appui aux professionnels de santé de droit commun ;
- À la demande des gestionnaires ou structures accompagnant ou hébergeant des personnes en situation de précarité et du SIAO ;
- Dans le cadre de programmes mis en place par l'Agence Régionale de Santé ou validés par elle, qu'il s'agisse d'interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d'urgence.

Leur périmètre d'intervention est clairement identifiable, défini en lien avec l'ARS et en coordination avec les dispositifs de veille sociale présents sur le même territoire d'intervention.

En se fondant préalablement sur un diagnostic partagé avec l'ensemble des partenaires, les équipes mobiles santé précarité peuvent intervenir de jour ou de nuit, plusieurs fois par semaine ou 7 jours sur 7.

3.4. Durée de la prise en charge

Les équipes mobiles santé précarité représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire, dont la durée d'accompagnement maximale est fixée à 2 mois renouvelables.

Dans le cadre du suivi du dispositif, il convient en effet d'être vigilant à ce que les personnes soient orientées vers les dispositifs adaptés de droit commun afin que les prises en charge durables soient réorientés vers les dispositifs existants de droit commun, garantissant ainsi la réactivité des EMSP vis-à-vis des nouveaux publics en situation de grande précarité .

3.5. La participation de l'usager

Le projet doit prévoir la participation de l'usager. L'article D.311-3 du CASF (CASF) précise que lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Par ailleurs, l'article D.311-21 du CASF précise que la participation peut également s'exercer selon les modalités suivantes :

- Par l'institution de groupes d'expression au niveau de l'ensemble de l'établissement du service ou du lieu de vie et d'accueil ;
- Par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ;
- Par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction.

3.6. Coopération et partenariat

Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification

Dans la limite des missions définies dans le cadre du projet d'établissement, les équipes mobiles santé précarité doivent veiller à l'articulation et à la complémentarité avec les dispositifs existants, en particulier les dispositifs mobiles s'adressant aux publics précaires ou en situation de grande exclusion (PASS « hors les murs », Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité, ACT « hors les murs », maraudes sociales, CAARUD, CSAPA, EMPP, etc.). Dans un souci de lisibilité des dispositifs et afin d'assurer une réponse cohérente et adaptée aux besoins du territoire, une attention particulière devra être portée à l'articulation avec les EMPP, dispositif pivot en terme de prise en charge des personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale en souffrance psychique.

Par ailleurs, le projet doit être complémentaire de l'offre de soins et l'offre sociale existantes :

- Les établissements de santé et professionnels de santé libéraux ;
- Les dispositifs d'aide à la coordination des soins ;
- Les acteurs de la veille sociale, notamment les maraudes et autres dispositifs d'aller vers existant
- Les autres structures, services dispositifs médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ;
- Les structures à vocation sociale : centres d'action sociale et communale, centres sociaux, bailleurs sociaux, acteurs associatifs…

Le projet d'établissement devra identifier les partenariats, les décrire et analyser les obligations réciproques afin de favoriser la complémentarité et de garantir la qualité ainsi que la continuité de la prise en charge (convention, lettre d'intention, protocole…).

Articulation avec le SIAO

Le SIAO (Service Intégré d'accueil et d'orientation) est la plateforme de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'accompagnement vers l'insertion des personnes sans domicile sur le territoire. Il recense les demandes et l'offre disponible d'hébergement et de logement adapté et oriente les personnes après évaluation sociale, mais aussi favorise l'accès au logement et assure la coordination des dispositifs de veille sociale ; enfin, il participe à l'observation sociale.

L'articulation avec le SIAO est essentielle et doit faire l'objet d'une convention.

De plus les équipes mobiles santé précarité s'engagent à :

- Rendre leur action lisible auprès des partenaires à l'aide d'un document de communication présentant les modalités d'intervention ;
- Participer aux instances organisées par le SIAO au niveau territorial visant à coordonner le service public de la veille sociale ;
- Intégrer dans la mesure du possible les impératifs de la coordination territoriale pour prévoir ses modalités d'intervention ;
- Rendre visible des phénomènes, alerter sur les dysfonctionnements.

3.7. Le financement de la structure

Les EMSP sont financées par une dotation globale estimée sur la base de la composition de l'équipe, du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux de ces personnes, dont les situations sont complexes et les prises en charge souvent chronophages. Les projets d'EMSP ne devront pas excéder une enveloppe maximale de 200 000€, frais de fonctionnements inclus.

3.8. Evaluation et indicateurs de suivi

L'évaluation de la qualité en ESMS est prévue par l'article L. 312-8 du CASF. Elle a pour objet d'apprécier la qualité des prestations délivrées par les ESMS aux personnes accompagnées et vise l'ensemble des ESMS mentionnés à l'article L.312-1 du CASF, sauf dérogations prévues par le même code.

Conformément aux dispositions prévues par le décret du 26 avril 2022 modifiant le décret du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESMS, le nouveau calendrier des évaluations est prévu tous les 5 ans. Le décret du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS précise que cette évaluation est réalisée par un tiers extérieur indépendant de l'ESMS, accrédité par le Comité français d'accréditation (COFRAC).

Un nouveau référentiel du 10 mars 2022 a été mis à la disposition des gestionnaires par la HAS sur son site internet.

S'agissant des indicateurs de suivi, un outil sera mis à disposition afin de mesurer l'activité des EMSP par l'ARS Occitanie.

❊❊❊❊❊❊❊❊❊❊❊