

## Annexe 1

### CAHIER DES CHARGES

#### **POUR LA CREATION D'UNE EQUIPE SPECIALISEE DE SOINS INFIRMIERS PRECARITE (ESSIP) INTERVENANT AUPRES DE PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES**

#### **SUR LE TERRITOIRE DE VALENCE ROMANS AGGLO**

#### **Avis d'appel à projets n°2024-26-ESSIP**

### DESCRIPTIF DU PROJET

- 1 équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP) intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (*article D312-176-4-26 du code de l'action sociale et des familles*) sur le territoire de Valence-Romans agglo.
- Les ESSIP 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. Elles s'inspirent des SSIAD précarité créés dans les Hauts de France par l'ARS.
- Elles poursuivent des missions d'aller vers en répondant à des problématiques spécifiques aux publics accueillis dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, dans des lieux de vie informels (rue, squats, etc.) ou dans une autre situation d'hébergement instable (chez un tiers, etc.).
- Les ESSIP dispensent des soins infirmiers techniques et relationnels dans la durée et sont composées a minima d'un infirmier coordonnateur, d'infirmiers et d'aides-soignants.
- Prise en charge débutant par une prescription médicale avec une durée d'accompagnement en fonction de la prescription.
- Les ESSIP visent des publics en situation de grande précarité, accueillis et hébergés dans les structures AHI ou vivant à la rue ou dans tout type de logement informel.
- Les ESSIP doivent pouvoir assurer une continuité des soins le soir, le week-end et les jours fériés.
- Montant total du financement en année pleine : 245 450 € issus des instructions budgétaires 2021 et 2023 pour une ESSIP sur Valence-Romans agglo

## **PREAMBULE**

### **Contexte national**

Les inégalités de santé couvrent les différences d'état de santé potentiellement évitables entre individus ou groupes d'individus, liées à différents facteurs sociaux.

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a confirmé la persistance voire l'aggravation de ces inégalités en santé à travers la surmortalité constatée dans certains territoires. Les facteurs sociaux de ces inégalités ont été mis en avant : logement, transport, nature de l'emploi, éducation à la santé.

Toutefois cette période a bouleversé les pratiques de l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Elle a mis au premier plan l'obligation de protection individuelle et collective dans une visée de santé publique, amenant les équipes à trouver des solutions exceptionnelles. Cette épidémie a souligné la pertinence comme l'efficacité de la promotion de la santé alliant les approches : d'aller vers, de santé communautaire, de développement du pouvoir d'agir et de réduction des risques. Elle a également permis de renforcer la cohérence d'approches transversales et de coopération en acteurs de différents champs d'intervention (sanitaire, social, médico-social).

Ainsi, la pertinence des nouvelles modalités de prise en charge nées du décret du 9 septembre 2021 avec la création des ESSIP a été confortée par la crise sanitaire actuelle, ce qui justifie leur déploiement et leur financement dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, dédiée à la « la lutte contre les inégalités de santé ».

Le déploiement des nouvelles modalités de prise en charge des ESSIP et des EMSP s'inscrivent dans le cadre de plusieurs politiques de santé publique et de cohésion sociale :

- « La stratégie nationale de santé 2023-2033 » qui vise à aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé;
- « La stratégie de lutte et de prévention contre la pauvreté des enfants et des jeunes » annoncé le 17 octobre 2017 fondée sur un changement des modalités d'intervention des politiques publiques davantage tournées vers l'amont et fondée sur l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours. Il s'agit d'adopter une logique d'investissement social pour intervenir avant que n'apparaissent les difficultés et à chacune des étapes de la vie ;
- La mesure 27 du « Ségur de la santé » qui vise à prévenir et à lutter contre les inégalités de santé en renforçant l'offre de soins à destination des publics précaires sur l'ensemble du territoire et en assurer un accès facilité.

### **Contexte régional**

Le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne- Rhône-Alpes 2018-2028 vise à favoriser l'accès à la santé notamment pour les personnes les plus démunies et les personnes en situation de handicap en les prenant en compte dans les démarches de prévention et en veillant tout particulièrement à ce qu'elles aient accès aux dispositifs d'offre sanitaire et médico-sociale. La création d'équipes mobiles médico-sociales dont les ESSIP s'inscrit pleinement dans cette orientation stratégique.

S'appuyant sur la mesure 27 du Ségur de la Santé relative à la lutte contre les inégalités de santé, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes développe d'ores et déjà des démarches d'aller-vers pour

toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles. Ces derniers permettent de conforter la politique menée par l'ARS et sont retranscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) en termes d'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins.

C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes lance un appel à projets relatif à la création d'une ESSIP sur le territoire de Valence-Romans agglo pour des personnes en situation de précarité accueillies et hébergées dans des structures AHI ou vivant à la rue ou dans un lieu de vie informel.

### **Contexte local**

Valence-Romans agglo est une communauté de communes de 223 630 habitants, soit près de la moitié de la population du département (source INSEE 2020).

Les indicateurs socio-économiques du département de la Drôme sont plutôt défavorables avec un taux de chômage en 2020 de 8,6 % (contre 7,0 % en Auvergne-Rhône-Alpes), et la part des ménages fiscaux imposés de 47,4 % en 2018 (contre 52,4% en Auvergne-Rhône-Alpes) (source INSEE, statistiques locales 2018).

Le bassin valentinois présente des indicateurs de précarité particulièrement marqués : la part des personnes couvertes par le RSA, la part des bénéficiaires de la CMUc et le taux de pauvreté y sont deux fois plus élevés que dans le département et dans la région (Source : Portrait de territoire réalisé par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre de l'élaboration du Contrat Local de Santé 2 2019-2023 de la Ville de Valence).

Romans-sur-Isère, la troisième plus grande ville du département de la Drôme après Valence et Montélimar présente également des indicateurs défavorables de précarité et de santé par rapport aux moyennes départementales et régionales :

- Le taux de pauvreté du référent fiscal y est de 21% (contre 12,5% en région) (source INSEE 2020).
- 12,7% des romanais sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) (contre 7,8% en région) ;
- 27% de la population romanaise est exonérée au titre d'une affection longue durée (ALD) (contre 22,4% en région) (source DCIR/SNDS/SNIIRAM 2021-2022).

Les villes de Valence et Romans concentrent donc une importante population précaire, hébergée, à la rue ou en squats. Du fait de son parcours et de ses conditions de vie, cette population cumule fréquemment un état de santé somatique et psychique dégradé, des difficultés d'accès aux droits, un éloignement et une méconnaissance du système de santé, un déni ou une négligence de ses problématiques de santé. Plusieurs dispositifs visant à l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus précaires existent : un Centre de Santé participatif à Valence, des PASS généralistes à Valence et Romans et une PASS bucco-dentaire, des actions de médiation en santé, une équipe mobile psychiatrie précarité, des ACT avec hébergement, des ACT hors les murs et des LHSS. Cependant ces dispositifs ne couvrent pas la totalité des besoins d'autant que, dans bien des cas, les délais d'accès aux droits de santé s'étant allongés, l'orientation vers le droit commun est de plus en plus complexe. A ce jour, aucune des équipes d'aller-vers existantes sur l'agglomération Valence-Romans n'a la possibilité d'effectuer des soins infirmiers quelle que soit la situation administrative, l'état et le lieu où les personnes malades les plus éloignées du soin se trouvent. L'ESSIP aura cette mission et devra s'inscrire en complémentarité des dispositifs existants et dans la dynamique territoriale (collectif Santé Précarité, CLS, etc.).

## **Conclusion**

Le présent document, annexé à l'avis d'appel à projets émis par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, constitue le cahier des charges auquel les dossiers de candidature devront se conformer. Le cahier des charges a pour objectif de définir les conditions d'ouverture de cette équipe, les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre et les exigences que doit respecter le projet. Il invite les candidats, notamment à partir de leur connaissance du territoire de Valence-Romans agglo, 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 concernées.

## **1. CADRE JURIDIQUE**

### **1-1 - Le cahier des charges**

Le présent cahier des charges est établi conformément aux dispositions de l'article R313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

### **1-2 - Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)**

#### **Définition des ESSIP**

Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) s'inspirent des SSIAD précarité que l'ARS Hauts de France a créés sur son territoire.

Ce 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 à des personnes 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 AHI (accueils de jour, centre d'hébergement d'urgence, centre d'hébergement et de réinsertion sociale...), vivant dans des lieux de vie informels (rue, squats, etc.) ou dans une autre situation d'hébergement instable (chez un tiers, etc.).

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 assez allongé pour permettre l'instauration d'une relation de confiance avec les personnes accompagnées et l'inscription des personnes dans un parcours de soin si nécessaire.

Elles visent à :

- Assurer la réalisation de soins infirmiers, d'hygiène et de confort auprès des personnes en grande précarité les plus éloignées du système de santé, dans une démarche d'« aller vers » ;
- Eviter des hospitalisations non justifiées ainsi que la rupture de soins en sortie d'hospitalisation ;

- Renforcer l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- Apporter un appui aux professionnels du secteur social dans l'accompagnement qu'ils assurent auprès des personnes en situation de grande précarité, éloignées du système de santé, et présentant des pathologies nécessitant des soins et un suivi infirmier.
- Assurer la coordination avec les acteurs sanitaires (hôpitaux, professionnels libéraux, etc.) et autres acteurs des champs sociaux et médico-social.

### Textes ESSIP

#### Cadre général de l'appel à projets :

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires;
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;
- Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;
- Décret n°2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;

Codifiés aux articles : L.313-1-1, R.313-1 et suivants, D.313-2 du code de l'action sociale et des familles.

- Circulaire n°DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Instructions budgétaires des 8 juin 2021 et 23 octobre 2023 relatives aux campagnes budgétaires pour 2021 et 2023 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

#### Cadre spécifique pour les ESSIP :

- Code de l'action sociale et des familles, et notamment l'article D.312-176-4-26 (Décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès des personnes confrontées à des difficultés spécifiques).
- Cahier des charges national des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité annexé à l'instruction budgétaire n° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/231 du 17 novembre 2021 ([Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2021/23 du 15 décembre 2021](#)).

Le présent cahier des charges, établi conformément aux dispositions de l'article R.313-3 du CASF, a pour objectif de définir les conditions d'ouverture des ESSIP ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre.

Tout projet déposé devra respecter les textes ci-dessus référencés.

## **2. LES OBJECTIFS**

L'appel à projets vise à autoriser la création d'une ESSIP sur le territoire de Valence-Romans agglo pour des personnes en situation de précarité, avec des freins pour l'accès aux soins notamment sans droit ou en rupture de droit, accueillies et hébergées dans une structure AHI ou vivant à la rue ou dans un lieu de vie informel ou dans une autre situation d'hébergement instable (chez un tiers, etc.).

## **3. CAPACITE A FAIRE DU CANDIDAT, EXPERIENCE ET CALENDRIER**

### **3-1 - La capacité à faire du candidat**

Les candidats apporteront des informations sur :

- Leur projet d'établissement, associatif ou d'entreprise,
- Leur historique,
- Leur organisation (organigramme, instances, structuration du siège, dépendance vis-à-vis d'autres structures),
- Leur situation financière (bilan et compte de résultat),
- Leur activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité (les divers établissements et services médico-sociaux gérés par le gestionnaire),
- Leur équipe de direction (qualification...).

### **3-2 - L'expérience du candidat et portage de l'ESSIP**

Les ESSIP sont gérées par une personne morale publique ou privée ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge. Les candidats apporteront des informations sur leur expérience et devront notamment faire apparaître :

- Leur connaissance des personnes en situation de vulnérabilité,
- Leurs expériences antérieures dans la prise en charge des problématiques de soins et de santé de ce public,
- Leur travail en réseau,
- Leur connaissance du territoire, des partenaires et des acteurs locaux,
- Leur expérience en matière d'aller vers et de mobilité.

La co-construction du projet avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire devra être recherchée.

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

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

L'ARS délivre, après l'appel à projet, une autorisation distincte à l'ESSIP au titre de l'article D. 312-176-4-26 CASF L'ESSIP peut être autonome ou adossée à une structure existante. 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 du CASF.

### **3-3 - Le calendrier**

Les candidats devront présenter un calendrier prévisionnel de leur projet précisant les jalons clés et les délais pour accomplir l'ensemble des étapes conduisant à l'ouverture définitive de l'ESSIP en précisant une date prévisionnelle de mise en fonctionnement.

### **4. PUBLIC**

Le public de l'ESSIP correspond aux personnes en situation de grande précarité, très démunies et éloignées du soin, sans droit de santé ouvert ou en incapacité d'accéder directement au système de santé de droit commun. Ces personnes peuvent être accueillies ou hébergées au sein des structures du réseau AHI « accueil hébergement insertion » (accueils de jour, structures d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidences sociales, etc.), vivre à la rue, ou dans tout type de logement informel (squat, etc.) ou dans une situation d'hébergement instable (chez un tiers, etc.).

### **5. LOCALISATION ET CONDITIONS D'INSTALLATION**

Aucune ESSIP n'existant en Drôme, les candidats peuvent répondre à cet appel à projets uniquement par des projets de création ex-nihilo.

Le projet précisera également la localisation des locaux de travail des personnels et fournira leur description.

### **6. LE FONCTIONNEMENT**

Le projet détaillera de manière précise le fonctionnement de la structure et l'organisation des prises en charge individuelles.

#### **6-1 – Orientations et inclusion**

L'ESSIP intervient à la demande des acteurs de l'accompagnement des publics les plus précaires et éloignés des soins (accueils de jour, maraudes, SIAO, structures d'hébergement, Dispositif d'appui à la coordination, médiateurs santé, etc.), sur la base d'une prescription médicale établie par un médecin de ville, un établissement de santé, une EMSP (Equipe mobile santé précarité), une PASS (Permanence d'accès aux soins de santé), etc. L'ESSIP peut être sollicitée en amont de la prescription, évaluer la situation, orienter puis réaliser les soins prescrits.

Le candidat devra décrire les liens établis avec les acteurs orienteurs et prescripteurs potentiels ainsi que les critères de prise en charge et d'inclusion des personnes dans la file active.

#### **6-2 - Durée de prise en charge et amplitude d'ouverture**

- Durée de prise en charge

La durée de prise en charge est fonction des prescriptions médicales, des besoins de la personne et du projet de soin personnalisé établi. Elle n'est pas limitée dans le temps mais l'objectif à terme est une inclusion du patient dans un parcours de santé de droit commun.

- Amplitude d'ouverture

Les ESSIP fonctionnent 7 jours sur 7 et doivent assurer une continuité des soins le soir, le week-end et les jours fériés au besoin. 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 que l'hospitalisation à domicile (HAD).

### **6-3 - Prises en charge et services proposés aux personnes bénéficiaires**

Le prise en charge par l'ESSIP doit permettre :

- de créer un lien de confiance avec la personne, de rechercher son adhésion, de répondre à ses besoins avec son accord ;
- d'assurer des soins infirmiers , d'hygiène et de confort répondant aux besoins de santé de la personne, la délivrance des traitements et le suivi de l'observance thérapeutique ;
- d'accompagner la personne vers une autonomie dans la prise en charge de ses problématiques de santé ;
- d'inscrire la personne dans un parcours de soins : informer, orienter, faire le lien avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé de ville, etc ;
- de travailler en articulation avec les professionnels du secteur social en lien avec les personnes ou de pouvoir faire appel à un travailleur social pour la réalisation des démarches d'accès aux droits :
- d'appuyer les professionnels du secteur social dans l'accompagnement de la personne accueillie sur le volet santé.

### **6-4 - Projet d'établissement et projet de vie individualisé**

#### Projet d'établissement

Les candidats établissent un projet d'établissement qui définit les objectifs, les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice des missions.

#### Projet de soins personnalisé

Le projet de soins personnalisé est établi en fonction de la prescription, de la situation globale de la personne (état général, pathologies somatiques psychiatriques addictives, handicap, état psychologique, compréhension/acceptation de la (des) maladie(s), isolement, etc.) et de son environnement physique et social (lieu de vie, possibilités d'accès à l'hygiène et aux biens de première nécessité, accompagnement social, liens sociaux et entourage).

## **7. MODALITES D'INTERVENTION, DE COOPERATION ET DE PARTENARIATS**

L'ESSIP dispense des soins techniques et relationnels sur prescription médicale et n'assurent des bilans de santé qu'en tant que de besoin.

Elle peut intervenir en amont de la prescription pour évaluer la situation et orienter vers un prescripteur.

A l'échelle de chaque territoire, l'ESSIP devra 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.

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 : 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, etc.

Le recours à des médecins prescripteurs doit être prévu par les porteurs de projet, en raison du nombre important de personnes en situation de précarité ne disposant pas de droit ouvert et/ou pas de médecin traitant.

L'ESSIP conclut une convention 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.

Des conventions avec des pharmacies d'officine et/ou pharmacies hospitalières ainsi qu'avec des laboratoires d'analyse de biologie médicale ou centres d'imagerie médicale peuvent être signées pour permettre de faciliter l'accès aux soins des personnes en attente d'ouverture de droits.

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 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 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, investis 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.

## **8. MODALITES D'EVALUATION ET RESPECT DU DROIT DES USAGERS**

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et service sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires.

Les documents prévus dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 devront être adaptés à la nature du public et aux principes de l'aller-vers. Ainsi, devront être mis en œuvre les moyens permettant la bonne compréhension et l'adhésion de la personne, le respect de ses choix sans qu'un engagement formalisé (contrat) ne soit nécessaire.

Sur cette base, le dossier présentera 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 (consultation des personnes prises en charge) ;
- Un document garantissant la promotion de la bientraitance des usagers.

Sur le fondement de l'article L. 312-8 du CASF, les ESSIP devront procéder à des évaluations de leur activité et de la qualité des prestations délivrées notamment au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Des indicateurs sont mis en place pour assurer un suivi de l'activité de l'ESSIP :

- Liste (et répartition par catégories) des adresseurs/orienteurs
- Délais de réponse aux sollicitations des adresseurs/orienteurs
- Liste (et répartition par catégories) des prescripteurs
- Nombre de personnes différentes rencontrées (avant intégration dans la file active / rencontres avec ou sans suite)
- Nombre de personnes différentes prises en charge au cours de l'année (file active)
- Caractéristiques des personnes prises en charge (lieux de vie, âge, sexe, pathologies, ...)
- Pourcentage de renouvellement de la file active chaque année
- Durée de la prise en charge (moyenne et distribution)
- Fréquence et intensité de la prise en charge (nombre moyens « d'actes » auprès des personnes : évaluation, soins, délivrance de traitements...)
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire
- Nombre de fin de prises en charge, raison de fin de prise en charge et orientations pour la poursuite du parcours de santé
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées et coût correspondant
- Nombre de personnes pour lesquelles des traitements, examens médicaux (analyses biologiques, imagerie), ou transports sanitaires ont dû être pris en charge sur le budget de l'ESSIP et coûts correspondants.

## **9. LE PERSONNEL**

Le projet détaillera le rôle de chacun des professionnels à l'intérieur de l'équipe, les méthodes et l'organisation du travail.

### **9-1 - Le personnel en ESSIP**

La composition de l'ESSIP est inspirée de celle des SSIAD (art. D 312-1 du CASF) et devra être composée :

- D'un temps d'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 de ville ;
- D'infirmiers qui assurent les soins techniques et relationnels 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, des masseurs-kinésithérapeutes et des psychologues, ou tout autre professionnel pouvant concourir à la réalisation des missions de l'ESSIP ainsi que du temps de secrétariat si nécessaire.

Les personnels peuvent être des salariés de la structure, des salariés d'autres structures mis à disposition ou des professionnels de santé libéraux, dont les prestations sont formalisées par contrat, convention ou protocole.

L'ESSIP doit intervenir en articulation avec les professionnels sociaux en lien avec les personnes, de manière à ce que soient menées en parallèle les démarches d'accès aux droits. Idéalement,

l'ESSIP prévoit de pouvoir faire appel à un ou des travailleurs sociaux (intégrés à l'équipe ou présents au sein de la structure porteuse ou mobilisés dans le cadre d'une convention) pour permettre d'initier un accompagnement social personnalisé s'il n'existe pas.

La composition de l'équipe de l'ESSIP 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.

### **9-2 - Les éléments suivants doivent figurer dans le dossier**

- La répartition des effectifs prévus par type de qualification et par catégorie professionnelle (en ETP et en nombre), en distinguant le personnel salarié de la structure et les intervenants extérieurs. Dans la mesure du possible, la structure précisera les noms et qualifications des personnes pressenties pour occuper les fonctions mentionnées.
- Les objectifs, la qualité des intervenants / prestataires extérieurs et les modalités de leurs interventions (nature, valorisation en ETP, coût) seront précisément définis.
- Les missions de chaque catégorie de professionnels.
- Les données sur la mutualisation de certains postes avec d'autres structures et les modalités de mise en œuvre (la mutualisation de moyens en personnels devra être recherchée et valorisée et pourra également être mise en œuvre par voie de partenariat)
- Les modalités de management, de coordination et de fonctionnement de l'équipe devront être précisées (organisation du travail, partage de l'information, outils de travail...).
- L'organigramme
- Le planning hebdomadaire type
- Les modalités de remplacement des personnels en cas d'absence
- Les modalités relatives aux astreintes
- La convention collective nationale de travail appliquée
- Le calendrier relatif au recrutement
- Les modalités de supervision des pratiques professionnelles et de soutien de l'équipe pluridisciplinaire (ces aspects étant essentiels dans le cadre de la bienveillance des personnes accueillies par les professionnels).
- Le plan de formation des personnels : il doit prévoir des formations relatives à la promotion de la bienveillance/prévention de la maltraitance, et, en tant que de besoin, des formations spécifiques correspondant aux problématiques des publics accueillis (éducation thérapeutique du patient, polyopathologies, addictions, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison...)
- Les délégations de signature et/ou de pouvoirs en cas d'absence ou d'empêchement du directeur

Catégories professionnelles	Effectifs dédiés à l'ESSIP financée via le présent AAP			Moyens mutualisés avec une structure ou un service existant (sans financement supplémentaire)	
	Nombre	ETP	Coût chargé	Nombre	ETP
Directeur					
Chef de service					
Secrétariat / Personnel administratif					
Infirmier coordonnateur (IDEC)					
IDE					
Aide-soignant					
Autres : préciser					
Total général					

## **10. CADRAGE BUDGETAIRE ET ADMINISTRATIF**

### **10-1 – Cadrage budgétaire**

Le budget : la Dotation Globale annuelle de Financement (DGF)

L'ESSIP sera financée pour son fonctionnement, sous forme d'une Dotation Globale annuelle de Financement (DGF), dans les conditions fixées par les articles R174-16-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale.

La DGF est versée sur présentation d'un budget prévisionnel par le gestionnaire, selon le cadre réglementaire normalisé, et à l'issue d'une procédure contradictoire en application des articles R314-4 à 314-27 du CASF.

Les moyens budgétaires attachés à la création d'une ESSIP sont gagés au titre des mesures nouvelles 2021 et 2023 destinées aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

La mise en œuvre de cette ESSIP devra s'inscrire dans une enveloppe n'excédant pas en année pleine 245 450 €.

La dotation allouée par l'ARS vise uniquement le financement du fonctionnement des ESSIP. Les structures ESSIP disposent d'un budget propre.

Les candidats doivent strictement respecter en année pleine le niveau de l'allocation de l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes. Le non-respect de l'enveloppe financière ne sera pas recevable.

## Les coûts non couverts par la DGF

Les consultations et soins ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale. Il en est de même pour les consultations de spécialistes et les soins dentaires. Ceux-ci devront être pris en charge par l'assurance maladie de la personne soignée.

Avec deux cas de figure :

- Pour les personnes disposant d'une couverture sociale, les médicaments, les examens, les consultations et soins spécialisés, les transports réguliers sont pris en charge par la couverture sociale de la personne.
- Pour les personnes ne disposant d'aucune couverture sociale, les soins réalisés en externe (examens, médicaments...) sont pris en charge, dans l'attente d'une affiliation au titre de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat, par l'établissement. Dès l'ouverture effective des droits au titre de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat, les actes de soins faits par l'équipe mobile (internes et externes) pourront être facturés à la CPAM dans la limite de la nomenclature des actes remboursés par la Sécurité sociale.

### L'investissement

Les dépenses relatives à l'acquisition de matériel, de mobilier ou l'aménagement des locaux par exemple ne seront pas couvertes par la dotation pérenne journalière. Il appartiendra au promoteur de mobiliser des fonds associatifs ou de recourir à l'emprunt pour l'équipement des locaux. En fonction de l'opportunité et de la justification du projet, l'ARS pourra étudier un éventuel accompagnement financier par la tarification de crédits non reconductibles spécifiquement fléchés dans la limite de l'enveloppe budgétaire régionale annuelle.

*N.B. : Des financements complémentaires pourront être recherchés tant pour le fonctionnement que pour l'investissement.*

## **10-2 – Cadrage administratif**

### Délai d'installation

Le décret n°2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du code de l'action sociale et des familles fixe à quatre ans, à compter de la notification de l'autorisation, le délai à partir duquel l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux est réputée caduque à défaut d'ouverture au public. Un délai plus court peut être fixé par l'arrêté d'autorisation, sauf lorsque le projet de l'établissement ou du service nécessite la construction d'un immeuble bâti ou des travaux sur des constructions existantes soumis à permis de construire. Ce délai est déterminé en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies, sans pouvoir être inférieur à trois mois (article D313-7-2 du CASF).

Dans le cas présent, l'activité devra débuter au plus tard dans les 4 mois suivant la notification d'attribution.

Le candidat présentera un calendrier prévisionnel pour accomplir les différentes étapes depuis l'obtention de l'autorisation jusqu'à l'ouverture du service.

### Durée d'autorisation

En application de l'article L313-1 du CASF, l'ESSIP sera autorisée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement de cette autorisation sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L312-8 du CASF dans les conditions prévues à l'article L313-5 du même code.

### Bilan d'activité

Conformément à l'article R314-50 du CASF, un rapport d'activité sera joint au compte administratif envoyé chaque année à l'ARS. Il décrira l'activité et le fonctionnement de l'ESSIP pour l'année concernée selon le modèle fourni par la réglementation. 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.

## **11. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE**

Les candidats devront inscrire le fonctionnement de l'ESSIP dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, en précisant dans son projet les modalités d'évaluation du dispositif conformément aux dispositions des articles L312-8 et D312-203 et suivants du CASF.

## Annexe 2

### Critères de sélection de l'appel à projets N°2024 - 26 - ESSIP

---

**Création d'une équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP) sur le territoire Valence-Romans agglo.**

---

*Rappel des exigences minimales posées par le cahier des charges :*

**Structure**

Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP)

**Nombre de places**

Une équipe

**Localisation et zone d'intervention**

Territoire de Valence-Romans agglo.

**Public accueilli**

Personnes en situation de grande précarité, très éloignées du système de santé, accueillies et hébergées dans une structure AHI ou vivant à la rue ou dans un lieu de vie informel.

**Ouverture et fonctionnement**

Ouverture effective dans les 4 mois suivant la notification d'attribution.

L'ESSIP fonctionnera 7 jours sur 7 et assurera une continuité des soins le soir, le week-end et les jours fériés.

**Budget**

Budget contenu dans la limite de 245 450 € (année pleine)

---

## Critères de sélection des projets

### 1) Critères d'éligibilité

#### Le critère de complétude du dossier

L'ensemble des documents susmentionnés doit être impérativement joint au dossier de candidature. En cas d'absence d'un ou de plusieurs documents, le dossier ne sera pas instruit techniquement et ne sera pas présenté pour avis à la commission de sélection d'appels à projets.

#### Les critères de conformité

Il s'agit de critères minimum sur lesquels l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes n'accepte pas de variantes :

- le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux et budget propres aux équipes mobiles médico-sociales) ;
- le territoire d'exercice ;
- le respect des enveloppes financières indiquées.

*Si les critères d'éligibilité sont remplis, la proposition sera évaluée sur le fond.*

*S'ils ne sont pas remplis, la proposition sera automatiquement rejetée.*

### 2) Critères d'évaluation du projet

Ils feront l'objet d'une évaluation quantitative par l'attribution d'une note permettant in fine un classement des candidatures.

#### 1ère partie : Appréciation de la qualité du projet – Coefficient de pondération à 50 %

- Lisibilité et concision du projet
- Descriptif du public
- Localisation géographique prévisionnelle du local ESSIP, conditions d'installation et d'accessibilité
- Descriptif des locaux professionnels et des moyens matériels de mobilités et d'aller-vers
- Fonctionnement de la structure et organisation des prises en charges individuelles :
  - Organisation de la prise en charge (amplitude d'ouverture, modalités d'orientation, d'aller-vers, d'inclusion, d'établissement de la relation de confiance, de prise en charge, de prévention et de traitement des situations de crise et d'urgence...)
  - Projet de soins personnalisé
  - Articulation avec les partenaires sur l'accompagnement social
- Avant-projet d'établissement et modalités de mise en œuvre des droits des usagers
- Prévention et traitement de la maltraitance / promotion de la bientraitance

- Coordination / collaboration formalisée et partenariats :
  - Diversité des partenaires
  - Modalités opérationnelles de mise en œuvre du partenariat
  - Degré de formalisation des différents partenariats (protocole d'accord, conventions, conventions avec les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux)
  - Capacité à travailler en réseau avec les structures sanitaires, sociales et médico-social, en amont, en aval et en cours de la prise en charge
  - Nombre et types de partenariats développés en amont et en aval de la prise en charge
  - Effectivité du partenariat
  
- Equipe :
  - Composition de l'équipe
  - Nombre d'ETP
  - Coordination
  - Rôle de chacun des professionnels
  - Adéquation du ratio et des compétences avec le projet global
  - Méthodes et organisation du travail proposées
  - Plan de recrutement
  - Organisation du soutien des pratiques de l'équipe
  - Organigramme
  - Planning hebdomadaire type
  - Convention collective applicable
  - Prestataires extérieurs
  
- Qualification et formation du personnel :
  - Plan de formation
  - Qualification du personnel
  - Expérience dans la prise en charge du public cible
  - Analyse de la pratique et supervision
  
- Modalités de recueil et de traitement des données d'activité

**2<sup>ème</sup> partie : Appréciation de l'efficience médico-économique du projet – Coefficient de pondération à 20 %**

- Sincérité et soutenabilité du budget proposé en exploitation et en investissement.
- Respect et optimisation de l'enveloppe budgétaire disponible.
- Efficience globale du projet (mutualisation, économies d'échelle, cohérence du budget prévisionnel relatif aux dépenses de personnel, etc.).

**3<sup>ème</sup> partie : Appréciation de la capacité à faire du promoteur – Coefficient de pondération à 20 %**

- Expérience dans la prise en charge du public cible.
- Expérience dans la gestion d'un établissement médico-social.
- Expérience dans des activités de soins infirmiers.
- Expérience dans une activité d'aller vers et de mobilité.

- Projet co-construit avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire.
- Connaissance du territoire et des principaux acteurs.
- Faisabilité du calendrier du projet.
- Délai de mise en œuvre du projet.

**4<sup>ème</sup> partie : Appréciation de la pertinence des critères d'évaluation - Coefficient de pondération à 10 %**

- Calendrier d'évaluation.
- Modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et calendrier d'évaluation (interne et externe)
- Faisabilité et pertinence des critères d'évaluation proposés

**CRITERES DE SELECTION – MODALITE DE NOTATION :**

THEMES	CRITERES	Coefficient pondérateur	Cotation (0 à 5)	Total	Commentaires / appréciations
<b>I- APPRECIATION DE LA QUALITE DU PROJET (50%)</b>  <b>150 points</b>	Clarté et lisibilité du projet	2			<u>Descriptif du contenu du dossier :</u> <u>Clarté et lisibilité :</u>
	Publics	3			<u>Descriptif du public :</u>
	Périmètre géographique d'intervention	1			
	Descriptif des locaux professionnels, lieux d'intervention et moyens matériels de mobilité	1			<u>Locaux professionnels</u> <u>Lieux d'intervention</u> <u>Moyens matériels de mobilité</u>
	Organisation de la prise en charge	6			<u>Modalités d'orientation amont et d'inclusion:</u> <u>Modalités de sorties et d'orientations aval :</u> <u>Durée de prise en charge :</u> <u>Amplitude d'ouverture :</u> <u>Modalités de prévention et de traitement des situations de crise et d'urgence :</u> <u>Modalités de prévention et traitement de la maltraitance / promotion de la bientraitance</u>

	Mise en œuvre des droits des usagers	3			<u>Modalités de mise en œuvre des droits des usagers:</u> <u>Documents issus de la loi du 2 janvier 2002</u> <u>Participation et expression des usagers</u>
	Modalités d'accompagnements proposés	7			<u>Projet d'établissement</u> <u>Modalités de prise en charge</u>
	Complémentarité / collaboration formalisée avec les partenaires	4			<u>Diversité des partenaires et des adresseurs potentiels :</u> <u>Modalités opérationnelles de mise en œuvre du partenariat :</u> <u>Degré de formalisation des différents partenariats (protocole d'accord, conventions, conventions avec les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux) :</u> <u>Capacité à travailler en réseau avec les structures sanitaires, sociales et médico-social, en amont, en aval et en cours de la prise en charge :</u> <u>Nombre et types de partenariats développés en amont et en aval de la prise en charge :</u> <u>Effectivité du partenariat :</u>
	Composition de l'équipe	4			<u>Composition de l'équipe</u> <u>Nombre d'ETP :</u> <u>Coordination :</u> <u>Rôle de chacun des professionnels :</u> <u>Adéquation du ratio et des compétences avec le projet global :</u> <u>Méthodes et organisation du travail proposées</u> <u>Plan de recrutement :</u> <u>Organisation du soutien des pratiques de l'équipe :</u> <u>Organigramme :</u> <u>Planning hebdomadaire type :</u> <u>Convention collective applicable :</u> <u>Prestataires extérieurs :</u>

	Qualification et formation du personnel	2			<u>Qualification du personnel :</u> <u>Plan de formation :</u> <u>Expérience dans la prise en charge du public cible :</u> <u>Analyse de la pratique et supervision :</u>
<b>II - APPRECIATION DE L'EFFICIENCE MEDICO ECONOMIQUE (20%)</b>  <b>60 points</b>	Sincérité et soutenabilité du budget proposé en exploitation et en investissement	6			<u>Au niveau de l'exploitation :</u> <u>Au niveau de l'investissement :</u>
	Respect et optimisation de l'enveloppe budgétaire disponible	1			
	Efficiency globale du projet	5			<u>Mutualisation</u> <u>Economies d'échelle :</u> <u>Cohérence du budget prévisionnel</u>
<b>III - APPRECIATION DE LA CAPACITE A METTRE EN OEUVRE (20%)</b>  <b>60 points</b>	Capacité à faire	8			<u>Expérience dans la prise en charge du public cible :</u> <u>Expérience dans la gestion d'un établissement médico-social :</u> <u>Expérience des activités de soins infirmiers :</u> <u>Expérience en aller vers et mobilité :</u> <u>Projet co-construit avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire :</u> <u>Connaissance du territoire et des principaux acteurs :</u>
	Calendrier du projet	1			<u>Calendrier :</u> <u>Faisabilité du calendrier du projet :</u>
	Délai de réalisation	1			
<b>IV- APPRECIATION DE LA PERTINENCE DES CRITERES D'EVALUATION (10%)</b>  <b>30 points</b>	Calendrier d'évaluation	1			<u>Calendrier d'évaluation interne :</u> <u>Calendrier d'évaluation externe :</u>
	Modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et pertinence des critères d'évaluation proposés	4			<u>Modalités de pilotage de la démarche d'évaluation :</u> <u>Faisabilité et pertinence des critères d'évaluation proposés :</u>
<b>TOTAL</b>		<b>60</b>		<b>/300</b>	

Annexe 3

**DECLARATION D'INTENTION DE DEPOT D'UN DOSSIER  
DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJETS N°2024 - 26- ESSIP**

**Création d'une équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP)  
sur le territoire de Valence-Romans aggro.**

A retourner par messagerie à l'adresse suivante : [ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr)

**Nom de l'organisme candidat :**

**Statut (association, fondation, société...) :**

**Date de création :**

**Personne chargée du dossier :**

**Adresse postale :**

**Adresse(s) électronique(s) :**

**Coordonnées téléphoniques :**

**N° fax :**

Fait à \_\_\_\_\_, le

Signature