



Cahier des charges

-

Lits haltes soins santé « mobiles »

Equipes mobiles santé précarité

Lits haltes soins santé « de jour »

Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
Introduction	3
1. Les Lits haltes soins santé « mobiles », les Equipes mobiles santé précarité et les Lits haltes soins santé « de jour »	5
1.1 Définitions	5
1.2. Activités et missions principales de ces dispositifs	6
1.3 Modalités d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs	8
1.3.1. Publics cibles	8
1.3.2. Composition de l'équipe	9
1.3.3. Modalités d'intervention des LHSS mobiles et des EMSP	10
1.3.4. Durée de la prise en charge.....	10
1.3.5. La participation de l'utilisateur	10
1.3.6. Coopération et partenariat	11
Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification	11
Articulation avec le SIAO	11
1.7. Le financement de la structure.....	12
1.8. Evaluation et indicateurs de suivi	12

2. Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité.....	13
2.1 Définition	13
2.2. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ESSIP	13
2.2.1. Publics cibles	13
2.2.2. Composition de l'équipe.....	13
2.2.3. Modalités d'intervention.....	14
2.2.4 Durée de la prise en charge	14
2.2.5 Portage de l'ESSIP.....	15
2.2.6. Les droits de l'utilisateur	15
2.2.6. Coopération et partenariat	15
2.2.7. Budget.....	16
2.2.8. Evaluation et indicateurs de suivi	16

Introduction

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 développées avec les Lits haltes soins santé (LHSS) introduites par le décret du 29 décembre 2020¹, avec les équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou encore avec les SSIAD précarité créés par l'ARS Hauts-de-France, qui préfigurent les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) a été confortée par la crise sanitaire actuelle. 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 », est une priorité.

Les dispositifs prévus dans le présent document reposent sur les valeurs communes suivantes :

- L'inconditionnalité de l'accueil de la personne et ce quel que soit son statut administratif ;
- Le respect absolu de la volonté de la personne et de sa liberté de choix
- La confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences
- La reconnaissance et la valorisation de l'expérience de la personne notamment dans le domaine de sa santé
- Le respect du secret professionnel, le respect de la confidentialité des données médicales et de la vie privée.

Cette modalité d'« aller vers » vise ainsi à renforcer :

- L'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- Le recours à la prévention et aux soins ; le non renoncement aux soins ;
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité de ces publics
- L'articulation des secteurs du sanitaire, le social et le médico-social afin d'apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.

Elle s'inscrit dans le cadre de plusieurs politiques de santé publique et de cohésion sociale :

¹ Décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »

- « *La stratégie nationale de santé 2018-2022* » qui vise à lever tous les obstacles financiers de l'accès aux soins ;
- « *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 ;
- Les projets régionaux de santé (PRS) ;
- Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ;
- Le service public de la rue au logement, qui pose un nouveau cadre d'action pour réduire durablement le nombre de personnes sans domicile et la politique de résorption des bidonvilles

Le présent cahier des charges vise à poser un cadre pour orienter les ARS dans la préparation de leurs appels à projets et à éclairer les structures qui souhaiteraient candidater pour développer l'un des dispositifs d'aller-vers suivants : les LHSS « mobiles », équipes mobiles santé précarité et équipes spécialisées de soins infirmiers précarité ou mettre en place un LHSS « de jour ».

Chaque ARS adapte le présent cahier des charges selon les budgets disponibles, les besoins identifiés et les thématiques définies comme prioritaires sur les territoires, au regard notamment de son PRS.

Les orientations données sont à adapter au regard des besoins identifiés localement par les acteurs institutionnels et par la structure gestionnaire.

Le présent document se compose de deux parties :

- Cahier des charges des LHSS mobiles, EMSP et LHSS de jour ;
- Cahier des charges des ESSIP.

1. Les Lits haltes soins santé « mobiles », les Equipes mobiles santé précarité et les Lits haltes soins santé « de jour »

1.1 Définitions

Le [décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020](#) relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » ouvre de nouvelles modalités de prise en charge facultatives : les LHSS « mobiles » et les LHSS « de jour » (article D. 312-176-1 du code de l'action sociale et des familles).

Le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques permet d'établir le fondement juridique pour le déploiement des équipes mobiles santé précarité (EMSP) et des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP). Les équipes mobiles santé précarité et les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité sont deux catégories d'équipe mobile médico-sociale qui disposent, chacune, d'autorisations de fonctionnement autonomes.

Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

Les LHSS mobiles et les EMSP permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, là où elles vivent, 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.

Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène).

Directement rattachés juridiquement à une structure LHSS et bénéficiant de la même autorisation de fonctionnement, les LHSS mobiles prennent en charge des personnes non hébergées au sein du LHSS mais peuvent intervenir en amont ou en aval de l'admission au sein de ce LHSS.

Contrairement aux LHSS mobiles, les équipes 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.

Les LHSS « de jour »

Directement rattachés juridiquement à une structure LHSS et bénéficiant de la même autorisation de fonctionnement, les LHSS « de jour » permettent à la structure LHSS d'accueillir des personnes non hébergées au sein du LHSS, quelle que soit leur situation administrative. Ils dispensent des soins médicaux et paramédicaux dans le cadre d'un accompagnement global adapté aux besoins de ces personnes.

Ils peuvent offrir différents types de services et de prestations d'accueil de jour (accès à un lieu de convivialité, lieu d'hygiène), mais ces services constituent un moyen d'approcher les usagers et de faire émerger ainsi leurs besoins en soin (y compris en prévention et promotion de la santé) et d'y répondre soit en proposant directement des prestations médicales ou paramédicales, soit en les orientant vers d'autres structures ou offre de soins adaptés (Centres d'hébergements d'Urgences (CHU), service d'urgences, PASS, médecine de ville etc.), alors que le soin n'était pas la demande initiale.

Cette approche permet d'intégrer des personnes socialement isolées, difficiles à atteindre, en particulier les personnes en souffrance psychique ou confrontées à des problématiques d'addictions échappant à l'offre classiquement proposée.

1.2. Activités et missions principales de ces dispositifs

Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

Dans le cadre des missions des LHSS « mobile » ou 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 d'informer et/ou orienter 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 d'éducation thérapeutique
- Identification des besoins ou 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 et/ou les orienter vers les organismes compétents.

Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène).

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.

Dans le cadre de leurs missions d'amont, les LHSS mobiles peuvent proposer une orientation en LHSS. Dans le cadre de leurs missions d'aval, les LHSS mobiles peuvent proposer une poursuite de l'accompagnement de la personne à sa sortie du LHSS, quelle qu'en soit la nature.

Ils peuvent mobiliser les ressources médicales du LHSS si nécessaire, notamment en l'absence de médecin traitant. Les équipes doivent être dimensionnées de façon adaptée, notamment en ressources médicales, lorsqu'elles assurent une telle mission, l'objectif restant d'accompagner les personnes vers les dispositifs de droit commun, y compris la médecine de ville.

Les LHSS « de jour »

Dans le cadre de ses missions, le LHSS de jour est amené à :

- Coordonner une prise en charge pluridisciplinaire et orienter vers les dispositifs adaptés par l'intermédiaire de coopérations instituées avec les partenaires du secteur social, médico-social, et sanitaire
- Evaluer l'état de santé et prodiguer des soins primaires et orienter les personnes vers les acteurs prodiguant des soins secondaires en fonction des besoins de la personne
- Proposer des prestations à caractère social et en matière d'hygiène

En jouant un rôle de coordination, le LHSS permet de faciliter l'accès au système de santé de droit commun des populations précaires, en mettant en place des partenariats avec des structures de santé (urgences, PASS, médecins de ville, etc.) et en proposant des prestations médicales ou paramédicales directement au sein du LHSS.

Ainsi, le LHSS de jour est une porte d'entrée vers une prise en charge médico-sociale et coordonne le parcours de la personne dès son entrée au sein du dispositif grâce au développement d'une coopération avec l'ensemble des acteurs du territoire. Il permet ainsi d'articuler les secteurs du social, du médico-social et du sanitaire dans une logique de prise en charge globale des besoins de la personne.

Les prestations proposées peuvent être de plusieurs ordres, en fonction des partenariats formalisés, notamment avec les dispositifs de droit commun, et mobilisés par la structure LHSS et, par exemple :

- Médecine générale (dont vaccins) ;
- Soins infirmiers ;
- Dermatologie ;
- Prestations dentaires ;
- Personnel spécialisé dans la prise en charge des addictions ;
- Gynécologie ;
- Douches de déparasitage ;
- Actions de prévention ;
- Psychologie/psychiatrie, etc.

En complément des prestations médicales et paramédicales, le LHSS de jour propose des prestations à caractère social, assurées par des travailleurs sociaux, en fonction des besoins de la personne, permettant notamment d'effectuer des démarches d'accès aux droits ou de les orienter vers les dispositifs d'insertion de droit commun et l'accès au logement ou à un hébergement.

Le LHSS peut mettre en place une activité d'ouverture de droit (mise en place d'une permanence CPAM, solutions personnalisées de Pôle emploi en faveur des personnes en situation de fragilité...) ou de domiciliation.

Il peut aussi fournir des prestations en matière d'hygiène : douches, laverie, coiffure, pédicure, manucure, etc. Diverses activités, animations ou ateliers peuvent également être instaurés pour faciliter la création du lien : cours de langue, ateliers de prévention en matière de santé, cafés, etc.

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.

1.3 Modalités d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs

1.3.1. 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) ou en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mises en place au sein des structures suivantes ;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil : accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociales (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, personne vivant en logement insalubre ou dégradé, sortants de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-sociale ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...) .

Ces personnes peuvent avoir été patients de LHSS, du LHSS porteur de l'équipe mobile (et dans ce cas, l'intervention du « LHSS mobile » s'inscrit dans un suivi post soin résidentiel afin d'éviter une rupture de parcours de soins ou une rechute). Le « LHSS mobile » peut également réaliser le suivi des personnes n'ayant jamais été pris en charge au sein d'une structure de soin résidentiel, LHSS ou autre établissement ou service social ou médico-social pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

1.3.2. Composition de l'équipe

Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

Le fonctionnement du LHSS « mobile » et des équipes mobiles santé précarité repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui la 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 adaptés 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 (ou l'accès à une prestation d'interprétariat) sera idéalement prévu, en fonction des publics accompagnés et des ressources mobilisables.

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

Les LHSS « de jour »

Le fonctionnement du LHSS de jour repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui la compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge. Il peut s'appuyer sur l'intervention de professionnels extérieurs.

L'équipe pluridisciplinaire du LHSS de jour doit comprendre des professionnels disposant de compétences dans la prise en charge des personnes confrontées à des conduites addictives et dans la réduction des risques et des dommages. A défaut de disposer de ces compétences, les professionnels concernés reçoivent une formation adaptée.

La composition de l'équipe est à adapter en fonction du nombre de personnes suivies, de ses missions, des besoins sanitaires et sociaux des personnes et de son amplitude d'ouverture.

1.3.3. Modalités d'intervention des LHSS mobiles et des EMSP

Les ARS en lien étroit avec les DREETS veilleront à garantir une couverture territoriale cohérente.

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

Les LHSS mobiles et 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 LHSS « mobiles » et les équipes mobiles santé précarité peuvent intervenir de jour ou de nuit, plusieurs fois par semaine ou 7 jours sur 7.

1.3.4. Durée de la prise en charge

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

Dans le 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 des prises en charge durables et pérennes ne s'installent pas.

1.3.5. La participation de l'usager

L'article D.311-3 du code de l'action sociale et des familles (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.

Par ailleurs, dans les LHSS « de jour », la mise en place de temps de sociabilité, de convivialité et d'échange favorisant l'implication des personnes accompagnées est encouragé :

- Groupes de paroles ;
- Sorties culturelles ;
- Ateliers d'activités physiques ;
- Ateliers diététiques et culinaires ;
- Repas et petits déjeuners en groupe ;
- Et toutes autres activités jugées intéressantes pour la vie du groupe et la lutte contre l'isolement social des patients.

1.3.6. Coopération et partenariat

Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification

Les missions définies dans le cadre du projet d'établissement doivent être complémentaires de l'offre de soins, de l'offre médico-sociale et de l'offre sociale existantes :

- Les établissements de santé et professionnels de santé libéraux ;
- Les établissements médico-sociaux existants accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LAM, LHSS, CSAPA, CAARUD, ESSIP, ACT, etc.) classiques ou mobiles ;
- Les PASS mobiles ou « hors les murs » ;
- Les dispositifs d'aide à la coordination des soins ;
- Les acteurs de la veille sociale, notamment les maraudes et autres dispositifs d'« aller vers » existants
- 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 LHSS « mobiles », les équipes mobiles santé précarité et les LHSS « de jour » 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 leurs modalités d'intervention ;
- Rendre visible des phénomènes, alerter sur les dysfonctionnements.

1.7. Le financement de la structure

Pour les LHSS « de jour », le décret en date du 29 décembre 2020 modifiant les modalités de fonctionnement et d'organisation des LHSS, des LAM et des ACT à domicile a introduit une notion de capacité pour les activités de jour ou mobiles. Les LHSS mobile, EMSP ou LHSS de jour sont financés 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.

Il est recommandé que le dossier financier d'une structure qui répondrait à un appel à projet en vue de la création de ces dispositifs comportent :

- 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.

1.8. Evaluation et indicateurs de suivi

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

Pour les LHSS mobiles ou les EMSP, ce peut être par exemple :

- Nombre de « rencontres » des équipes mobiles (LHSS « mobiles » ou EMSP) : nombre de prises en charge au cours d'une plage d'activité ;
- Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année ;
- Durée de l'accompagnement, fréquence de l'accompagnement pour une seule et même personne ;
- Nature des prestations réalisées (diagnostic infirmier, soins infirmiers, orientation vers un dispositif de soins (détailler), orientation vers un dispositif social (détailler), nombre d'ouverture de droits réalisées (à détailler : démarches entreprises et pour quel(s) droit(s) relance, envois de pièces) accompagnement(s) physique(s)..... ;
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont SIAO ;
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées ;
- Périmètre d'intervention ;
- Public cible ;
- Distance kilométrique parcourue.

Pour les LHSS « mobiles » et « de jour », l'évaluation sera calée sur celle des LHSS porteurs.

2. Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité

2.1 Définition

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 (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 assez allongé pour permettre l'instauration d'une relation de confiance avec les personnes accompagnées.

Elles visent à :

- Répondre au besoin de soins de personnes en situation de précarité dans une démarche d'« aller vers » ;
- Eviter des hospitalisations non justifiées, au regard de la santé de la personne, quand cela est possible, pour les personnes en situation de précarité qu'elles accompagnent ;
- Garantir des sorties d'hospitalisation sans rupture de soins.

2.2. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ESSIP

2.2.1. 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 AHI « accueil hébergement insertion » : 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.

2.2.2. 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 de leur compétence 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.

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.

2.2.3. 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 ESSIP 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.

Les ARS veilleront à garantir une couverture territoriale cohérente. Les ESSIP seront planifiés dans les PRAPS.

2.2.4 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.

2.2.5 Portage de l'ESSIP

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.

Le territoire d'intervention de l'ESSIP est défini par 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.

2.2.6. Les droits de l'utilisateur

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. 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 dispositions issues du guide des **recommandations de bonnes pratiques professionnelles**, téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS)².

2.2.6. 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 : HAD, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, structures et dispositifs de l'accompagnement et des soins en

² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836921/fr/lesrecommandations-de-bonne-pratique

addictologie et de santé mentale, les 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, etc.).

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 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

2.2.7. Budget

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

Il est recommandé que le dossier financier d'une structure qui répondrait à un appel à projet en vue de la création d'une 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.

2.2.8. Evaluation et indicateurs de suivi

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.