



SEGUR 27 – Equipes mobiles médico- sociales

L'aller-vers médico-social du Ségur de
la santé

Table des matières

La démarche d'aller-vers en Ile-de-France et du déploiement de la mesure 27 du Ségur de la Santé 2

- 1- Rappels généraux sur l'aller-vers2
- 2. Cadrage juridique3
- 3. Déploiement des équipes mobiles en Ile-de-France en 20215

Principes structurants de l'intervention des équipes mobiles « Ségur 27 »..7

- 1- Objectifs7
- 2- Partenariats8

Organisation et coordination des interventions 9

- 1- Pilotage9
- 2- Modalités d'intervention.....10

Qualité des prises en charge et droits des usagers 11

- 1- Rappel de la loi 2002-211
- 2- Dossier sanitaire et social individuel des usagers pris en charge par les équipes.....13
- 3- Demandes d'hébergement et évaluation sociale.....15

Cahier des charges du Système d'Informations pour les indicateurs d'activités des équipes..... 16

- 1- Finalité.....16
- 2- Indicateurs obligatoires des équipes mobiles médico-sociales « Ségur de la Santé »17

Annexe 1 - MANO..... 18

Annexe 2 - Cahiers des charges publiés 19

Annexe 3 - Bilan de santé infirmier 42

Annexe 4 – Prise en charge de mineurs non accompagnés..... 48

ANNEXE 5 – Rapport d'Activité Standardisé Annuel..... 50

La démarche d'aller-vers en Ile-de-France et du déploiement de la mesure 27 du Ségur de la Santé

1- Rappels généraux sur l'aller-vers

Existant depuis de nombreuses décennies¹, la démarche d'aller-vers connaît actuellement une véritable professionnalisation dans le cadre du droit commun, notamment par l'intermédiaire de la loi de modernisation du système de santé et l'inscription de la médiation sanitaire dans le code de la Santé Publique (dont l'aller-vers est une composante jugée essentielle)² ou plus récemment encore par le Ségur de la Santé.

La Haute Autorité de Santé définit l'aller-vers comme : « *La démarche d'aller-vers comporte deux composantes : 1/ le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions ; 2/ l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect* »³. Ainsi, cette démarche a pour finalité de ramener vers les dispositifs de soins de droit commun les populations qui en sont le plus éloignées (afin d'éviter toute création de circuit de soins parallèle à ceux en vigueur pour la population générale).

Des démarches d'aller-vers existent en Île-de-France depuis plusieurs années, sous différentes formes (équipe de médiation sanitaire, équipe mobile réalisant des bilans de santé auprès des migrants primo-arrivant, etc...). On peut citer l'expérimentation « EMA/ESI »⁴ portée par le Samu Social de Paris depuis 1993 jusqu'à la publication en 2019 par l'ARS d'un référentiel dédié à la conception, l'organisation, la mise en œuvre et

¹ <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-2-page-117.htm>

² https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031919839

³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

⁴ <https://www.samusocial.paris/rencontrer-et-accueillir#EMA>

l'évaluation des actions d'aller-vers auprès des personnes en situation de grande précarité⁵.

Ces démarches s'inscrivent dans le cadre de différentes politiques publiques, telles que la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, la Stratégie de lutte et de prévention contre la pauvreté des enfants et des jeunes ou encore le Projet Régional de Santé et le PRAPS de l'ARS Ile-de-France. Le Ségur de la Santé statue sur l'importance des « *démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles* »⁶, dans le cadre de l'une des propositions de la mesure 27.

2. Cadrage juridique

Cette proposition de la mesure 27 s'appuie sur 3 types d'établissements médicaux-sociaux :

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les Lits Halte Soins Santé (LHSS) dont les missions complémentaires (notamment mobiles) sont énoncées dans le décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 ;
- Les équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques ; ces dernières ont été créées par le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021.

De manière plus précise, les différents cahiers des charges nationaux publiés à la suite du Ségur de la Santé permettent de distinguer 5 dispositifs différents :

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique Hors-les-Murs (ACT HLM) ;
- Les Lits Halte Soins Santé mobiles (LHSS mobiles) ;
- Les Lits Halte Soins Santé de jour (LHSS de jour) ;
- Les Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) ;
- Les Equipes Spécialisées en Soins Infirmiers Précarité (ESSIP).

L'autorisation délivrée pour les projets de création et d'extension (lorsque ceux-ci sont supérieurs au seuil prévu au 1° du II de l'article L313-1-1 du CASF) des établissements et services sociaux et médico-sociaux est valable sous réserve du résultat d'une visite de

⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/actions-d-aller-vers-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-referentiel-regional>

⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

conformité. La procédure de la visite de conformité sont encadrées par l'article L313-6 du CASF.

Deux mois avant la date d'ouverture de la structure (ou deux mois avant la date d'entrée en service de l'extension), le gestionnaire doit saisir l'ARS afin que soit conduite la visite de conformité. Cette dernière est organisée au plus tard trois semaines avant l'ouverture ou la date d'entrée en service). La demande de visite de conformité faite par le gestionnaire de la structure à l'ARS doit être accompagné d'un dossier comportant :

- Le projet de chacun des documents suivants :
 - Le projet d'établissement ou de service
 - Le règlement de fonctionnement
 - Le livret d'accueil
- La description de la forme de participation des usagers qui sera mise en œuvre
- Le modèle du document individuel de prise en charge
- Le tableau des effectifs du personnels, l'état du personnel déjà recruté et le curriculum vitae du directeur
- Le budget prévisionnel pour la première année de fonctionnement et la première année pleine

La visite de conformité permet notamment de vérifier que l'établissement ou le service est organisé conformément aux caractéristiques de l'autorisation accordée et respecte les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement.

Financement : dans le cadre des appels à projets et à candidatures publiées en 2021, les différentes équipes mobiles ont été financées par des fonds issus de l'ONDAM spécifique, à hauteur maximale de :

- 250.000€ pour les EMSP/LHSS mobile ;
- 12.600€ par place d'ACT HLM ;
- 17.000 par place d'ESSIP.

Il est rappelé ici l'importance pour la transparence de l'utilisation des fonds de bien différencier les budgets propres à chaque dispositif, qu'il soit médico-social ou financé sur le FIR, pour les opérateurs ayant plusieurs dispositifs et/ou plusieurs sources de financements. Pour les équipes mobiles déployées dans le cadre d'une extension d'activité (LHSS mobile, LHSS de jour et ACT HLM), le budget relatif à la mission mobile de l'établissement doit être clairement identifiable.

Pour rappel : L'ARS Île-de-France s'est appuyée sur les expériences acquises par les équipes mobiles historiques et par les équipes de dépistage mises en place tout au long de l'épidémie du Covid-19 pour initier une démarche régionale, dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la Santé.

Ces équipes mobiles seront déployées en Ile-de-France dans les structures d'hébergement, dans les habitats très dégradés ou auprès des personnes en situation de rue. Elles interviendront sur initiative propre, sur sollicitation extérieure ou sur demande de l'ARS. Elles seront composées à minima d'un infirmier et d'un travailleur social, qui assureront, de manière inconditionnelle :

- Des premiers soins, des bilans de santé, une orientation vers les acteurs de santé et un accompagnement à l'ouverture de droits (« Equipes mobile santé précarité » et « Lits halte soins santé mobiles ») ;
- Des soins infirmiers « à domicile » sur prescription médicale et de l'éducation à la santé (« Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité ») ;
- Un suivi de patients chroniques pour coordonner leur parcours en santé et les accompagner dans les démarches de la vie quotidienne (« appartements de coordination thérapeutique hors les murs »).

Enfin, 3 équipes mobiles parmi les 46 constituées seront dédiées aux interventions en périnatalité. Elles viendront ainsi compléter l'offre à destination des femmes enceintes ou sortant de maternité hébergées ou en situation de rue et en particulier appuyer le dispositif régional « HSR Confluence » ouvert à Athis-Mons en mars 2021.

3. Déploiement des équipes mobiles en Ile-de-France en 2021

Pour rappel, en 2021, la stratégie conçue par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France pour assurer le déploiement de ces dispositifs « aller-vers » fut la mise en place concomitante :

- D'un appel à candidature pour les LHSS mobile/de jour et ACT HLM, exclusivement par l'intermédiaire d'extension d'activité d'établissement ou de service médico-social déjà autorisée ;

- D'un appel à projet pour les EMSP et ESSIP, ces dispositifs étant créés ex nihilo et requérant donc la délivrance d'une autorisation de création.

Le tableau ci-dessous présente la répartition actuelle des différents dispositifs d'équipes mobiles installées en Ile-de-France, dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, présentés par type de dispositif pour chaque département francilien :

Département	EMSP	LHSS mobile	ACT HLM	ESSIP
75	-	9	1	1
77	3	-	1	-
78	2	1	1	-
91	1	2	1	-
92	3	-	1	-
93	3	-	1	1
94	1	2	1	1
95	3	-	1	1
Total	16	14	8	4

S'ajoutent à ces dispositifs 1 LHSS de jour à Paris⁷ et 3 équipes mobiles dédiées à la périnatalité⁸. Au total, 46 équipes sont déployées sur le territoire francilien.

La mesure 27 du Ségur de la Santé a aussi permis le déploiement et le renforcement de PASS mobiles, qui ne sont pas l'objet du présent document. Cependant, la bonne collaboration entre les équipes mobiles médico-sociales (LHSS mobiles, EMSP, ...) et ces autres dispositifs mobiles (dont les PASS mobiles) est indispensable pour assurer le bon fonctionnement de ces équipes.

⁷ Issu de la pérennisation du dispositif « ESI » du Samu social de Paris

⁸ 1 EMSP 75-92 – 1 LHSS mobile 77-93-95 – 1 LHSS mobile 91-94

Principes structurants de l'intervention des équipes mobiles « Ségur 27 »

1- Objectifs

Ces démarches d'« aller-vers » visent 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, ainsi que 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 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

L'objectif pour l'ARS Ile-de-France est de créer un service régional d'aller-vers en faveur de la santé des personnes très défavorisées ou sans domicile, permettant d'améliorer significativement l'accès aux soins, à la prévention et à la prise en charge de ces personnes, quelle que soit leur situation administrative ; soit un véritable service médico-social à destination des plus précaires et des plus éloignés du droit commun et des lieux de soins.

Il s'agit notamment de proposer un accompagnement temporaire et global, médical, psychologique et social, permettant l'accès et le maintien des soins et d'assurer un relais vers le droit commun.

Plus précisément, ces différentes équipes mobiles médico-sociales ont pour objet, de pouvoir intervenir auprès de toute population en situation de grande précarité (au sens de « sans chez soi » et/ou vivant dans des lieux de vie dits « informels » et/ou vivant en structure d'hébergement). Cette intervention doit s'effectuer sous le principe de l'accueil inconditionnel : sans condition de ressources ou de régularité de séjour en France. Ces équipes pourront prendre en charge toute personne en situation de grande précarité le requérant, sans distinction (à l'exception des équipes mobiles spécialisées en périnatalité, qui relèvent du même principe d'inconditionnalité, mais sont dédiées à au seul champ concerné). Enfin, ces équipes prennent en charge les individus sur leur lieu de vie, sans

condition de ressources ou de régularité de séjour en France ou de domiciliation dans le territoire d'intervention de l'équipe ou de lien avec le SIAO local. En effet, certaines personnes peuvent être hébergées dans un département tout en étant orientées par le SIAO d'un autre département.

En plus de cette volonté de prise en charge inconditionnelle, il est important de rappeler que ces équipes ont pour vocation d'aller à la rencontre des personnes les plus éloignées du soin. Elles sont donc en première ligne dans la lutte contre les inégalités d'accès au système de soins et au-delà, dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. En sus de ces objectifs, ces équipes mobiles ont aussi pour mission d'assurer une prise en charge courte et de permettre l'entrée de ces personnes dans le système classique de droit commun, afin de ne pas créer une filière spécifique de prise en charge. Ces équipes réaliseront, entre autres, des bilans de santé infirmier dont le guide d'entretien est présenté en annexe du présent document aux fins d'harmonisation des pratiques entre les équipes franciliennes (ce bilan est similaire à celui en vigueur depuis 2015 en IDF au sein des CAES).

2- Partenariats

Il sera donc à la charge de l'équipe mobile, en lien avec la Délégation départementale de l'Agence Régionale de Santé, de mettre en place des conventions avec les acteurs sanitaires et sociaux de son territoire d'intervention : PASS, centres de santé, professionnels libéraux de santé, centres sociaux, CCAS, Centre d'examen de l'assurance maladie, établissements médico-sociaux à destination des personnes âgées ou handicapées. Il est souligné ici l'importance de l'ancrage territoriale des différents partenariats engagés par les équipes mobiles. Enfin, l'ensemble des équipes mobiles devra obligatoirement mettre en place une convention avec :

- Le SIAO du département d'intervention de l'équipe mobile⁹ ;
- Un ou plusieurs établissements de santé afin d'assurer les soins médicaux et paramédicaux adaptés à la situation des personnes, selon les modalités prévues par cette convention.

⁹ Tels que prévu à l'article L.345-2-6 du CASF, au titre de leur contribution à la mission d'observation sociale mentionnée au 8° de l'article L.345-2-4 du CASF

Ainsi, l'un des enjeux-clefs du succès des équipes mobiles est leur capacité à s'intégrer dans leur territoire d'intervention, à identifier les ressources sociales et de santé relais et de pouvoir orienter et/ou accompagner les personnes suivies d'un dispositif à l'autre (notamment vers le droit commun), de manière efficace et rapide. La mise en place de ces partenariats et conventionnements et au-delà, l'intégration de l'équipe mobile au système de régulation et sa connaissance du territoire ont aussi pour but d'éviter tout effet de substitution ou de doublon des interventions entre les différents dispositifs en place sur le territoire francilien. La collaboration avec les SIAO est primordiale pour assurer la qualité des interventions et la fluidité ainsi que la cohérence des parcours.

Dès que le patient bénéficie d'une ouverture de droits effective, il convient de l'orienter le plus rapidement possible vers les dispositifs de droit commun hospitalier et/ou en ville. Le patient doit disposer d'une lettre ou d'un dossier médical à la sortie du dispositif. L'équipe mobile doit pouvoir proposer un document de synthèse du dossier médical à remettre au patient à la sortie du dispositif. Cette orientation doit se faire dans le respect du choix du patient, qui doit être informé de son orientation vers une autre structure/professionnel de santé. Celui-ci a le droit de refuser une orientation vers une autre structure. Ce refus ne doit pas en lui-même mettre fin à la prise en charge du patient par l'équipe mobile, malgré le refus d'orientation vers une structure tierce.

Organisation et coordination des interventions

1- Pilotage

L'ensemble du dispositif relatif aux équipes mobiles « Ségur de la Santé » est piloté par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Ce pilotage se fait à deux niveaux distincts :

- Le niveau régional de l'ARS est en charge de la définition et du pilotage de la stratégie relative au dispositif d'aller-vers, notamment : la définition des publics-cibles, la sollicitation des équipes mobiles dans le cadre d'opération de mise à l'abri ou encore de la mise en œuvre et la direction d'un comité de pilotage régional ;
- Le niveau départemental de l'ARS est en charge de la coordination territoriale des équipes mobiles, et plus particulièrement de la répartition des zones

d'intervention de chaque équipe mobile (avec comme objectif que l'ensemble des zones d'intervention prioritaires définies dans l'appel à projets soit couvert) ; de plus, il revient aux Délégations départementales de mettre en lien des équipes mobiles avec les opérateurs du territoire mais aussi avec les autres services déconcentrés de l'Etat.

Ce double échelon de pilotage permet à la fois la définition d'une stratégie globale autour de l'ARS, pilote unique régional, tout en permettant une adaptabilité et une personnalisation de la coordination à l'échelon départemental voire local selon les besoins exprimés par les Délégations départementales. De même, la définition des zones d'intervention, que ce soit entre les différentes équipes mobiles mais aussi avec les autres dispositifs mobiles déjà en action sur le territoire (PASS mobile, PMI, équipes mobiles associatives ou hospitalières), est un facteur-clé dans la réussite du déploiement et de l'action de ces équipes mobiles médico-sociales du Ségur de la Santé.

A l'échelle régionale, un comité de pilotage est institué par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Sous sa direction ce comité de pilotage, associant différents acteurs régionaux tels que la DRIHL, la coordination régionale des CPAM ou encore le CCRPA, doit se réunir 2 fois par an et est chargé du suivi de la mise en œuvre du dispositif. A l'échelle départementale, les délégations départementales mettront en place les modalités de suivi avec leurs partenaires.

2- Modalités d'intervention

Les demandes d'intervention d'équipes mobiles « Ségur de la Santé » peuvent être émises par différents acteurs. Les équipes mises en place doivent donc pouvoir intervenir :

- De leur propre initiative, selon une stratégie définie dans le projet d'établissement ;
- A la demande et en appui aux professionnels de santé, établissement de santé ou encore dispositif de coordination du territoire d'implantation du dispositif (professionnels libéraux, centre hospitalier, DAC, CPTS, CLS, CLSM, notamment) ;
- A la demande des gestionnaires de lieux d'hébergement (AHI, DNA) et centres dédiés aux femmes enceintes et sortant de maternité pour les équipes mobiles spécialisées en périnatalité, des SIAO et de la plateforme d'accompagnement des personnes hébergées à l'hôtel (PASH) ;
- A la demande d'autres équipes mobiles, notamment pour les équipes mobiles périnatalité, les ACT HLM et les ESSIP ;

- 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 (comme des opérations de vaccinations ou de dépistages...) ou avec un caractère d'urgence (comme pour les opérations de mise à l'abri).

Concernant les demandes d'intervention émises par des partenaires extérieurs, chaque Délégation départementale a à sa charge l'organisation sur son territoire, des modalités de recueils et de transmission de demande d'intervention pour les équipes mobiles. L'organisation de cette mission peut être déléguée à un acteur tiers (établissement médico-social, DAC, ...) par la création d'une plateforme départementale.

L'évaluation de la demande quant à elle reste à la charge de l'équipe mobile, en regard des informations sanitaires et sociales à la disposition de l'équipe. Les modalités d'admission de l'intervention de chaque équipe doivent faire l'objet d'une description précise dans le projet d'établissement. La décision d'intervention relève de l'équipe, selon la conclusion de son évaluation et en regard de sa file active, sauf en cas de demande expresse de l'Agence Régionale de Santé.

Concernant les demandes de l'Agence Régionale de Santé (siège ou Délégations départementales), celles-ci concernent les demandes ponctuelles pour la mise en place d'opération spécifique, telle que des opérations de dépistage ou de vaccination ou des opérations en urgence de mise à l'abri de personnes à la rue nécessitant l'intervention de moyens médico-sociaux. De ce fait, les demandes pour ce type d'intervention ne passeront pas par le schéma présenté ci-dessus mais la saisine des équipes se fera directement par l'ARS. S'agissant des opérations régionales de mise à l'abri en particulier, le dispositif spécifique franciliens est maintenu, faisant appel en première ligne aux équipes à qui la mission d'intervention santé dans les CAES a été confiée par l'ARS.

Enfin, il est important de rappeler que toute équipe mobile doit respecter les modalités d'organisation définies territorialement, afin de garantir l'articulation des acteurs sur les territoires. Un opérateur étant à la fois équipes mobile médicosociales Segur 27 et porteur de dispositif de régulation ou de coordination (notamment ceux en charge de SIAO) devront donc eux-mêmes s'inscrire dans ce futur système au titre de leur équipe mobile.

Qualité des prises en charge et droits des usagers

1- Rappel de la loi 2002-2

Pour rappel, la loi 2002-2, base aux droits des personnes malades et usagers du système de santé a posé plusieurs principes (article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles) :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »

Afin de garantir l'exercice effectif de ces droits, l'inclusion de la personne dans une prise en charge par l'équipe mobile, il est mis à disposition de la personne un livret d'accueil qui comporte « La charte des droits et libertés de la personne accueillie », le règlement de fonctionnement de la pris en charge par l'équipe et un document individuel de prise en charge.

Lorsque l'équipe mobile est rattachée à un établissement médico-social, les outils dits « 2002-2 » doivent être adaptés pour inclure l'activité mobile et ses spécificités.

2- Dossier sanitaire et social individuel des usagers pris en charge par les équipes

Les outils numériques des équipes médico-sociales utilisées pour la prise en charge des usagers doivent répondre aux besoins fonctionnels des équipes mobiles, notamment concernant l'identification et le suivi patient : le logiciel doit comporter un volet dossier usager comprenant un dossier sanitaire distinct du dossier social des personnes suivies.

Typologie de données à indiquer dans le dossier de l'utilisateur	Données à indiquer
Identification du patient	Personne rencontrée pour la première fois sur une plage d'activité (une demi-journée)
	Nom prénom
	Genre (homme, femme, non-binaire/autre)
	En rue ou hébergé depuis
	Suivi(e) depuis le / Créer le
	N° de téléphone
	Zone géographique d'origine
	Date de naissance
	Typologies des pathologies ayant motivé l'intervention de l'équipe mobile
	Personne allophone ou non
	Sollicitation d'une prestation d'interprétariat
	Langues parlées
	Lieu de vie (AHI, DNA, squat/bidonville, rue)

	Durée de l'accompagnement
	Nombre d'accompagnements de la personne
Dossier social	Situation administrative de la personne accompagnée
	Protection maladie de base de la personne accompagnée
	Niveau d'éducation formelle
	Situation professionnelle de la personne accompagnée
	Ressources
	Démarches entreprises (lesquelles)
	Orientation vers un dispositif social (lequel et date)
	Ouverture de droits réalisée (type de droit)
Dossier sanitaire	Etat de vaccination
	Couverture médicale (type de couverture médicale)
	Structure de suivi médical
	Consommations
	Vulnérabilités
	Catégorie d'antécédents
	Réalisation d'un bilan sanitaire/soins infirmiers sur prescription/premiers soins/Ecoute/... (dont date et lieu)
	Orientation vers un dispositif de soins (lequel et date)

L'application MANO, soutenue par l'ARS IDF est mise à disposition gratuitement et adaptée pour les équipes mobiles Ségur 27.

En tout état de cause, les outils numériques des équipes médico-sociales utilisées pour la prise en charge des usagers doivent répondre aux exigences de qualité de la solution de gestion des données individuelles, tant en termes de protection des données personnelles :

- Le logiciel doit garantir, grâce à un système de sécurisation et d'authentification, la protection des données personnelles et permettre le consentement libre et éclairé des utilisateurs des services conformément au cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 ;

-Une charte d'utilisation de l'outil doit notamment expliciter l'obligation de recueillir le consentement préalable de la personne suivie pour créer un dossier la concernant, lorsque cela est possible. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à la collecte, à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment ;

-Les données doivent être hébergées sur des serveurs agréés données de santé (HDS), en France. La norme HDS implique un système de protection contre les cyberattaques ;

-Enfin, la collecte et la gestion des informations médicales hébergées sur le système d'information de l'équipe mobile doit respecter le secret médical, en regard des dispositions du Code de la Santé Publique et de la CNIL.

Qu'en termes d'accessibilité aux données personnelles :

-Les données enregistrées dans la solution doivent être chiffrées et déchiffrées directement sur le téléphone ou l'ordinateur de l'utilisateur ou utilisatrice, selon un mot de passe connue seulement des membres d'une même organisation. Les administrateurs du serveur ne doivent pas avoir accès aux données déchiffrées ;

-L'accès aux données aux dossiers des personnes suivies doit être réservé aux utilisateurs de l'organisation qui les a créées ;

-Lorsque l'utilisateur est orienté vers un professionnel de santé, il doit le cas échéant, pouvoir bénéficier d'un compte rendu de sa prise en charge. Lorsque des informations sont partagées directement avec les professionnels de santé vers qui les usagers sont orientés, cela ne peut se faire que dans le respect des règles en vigueur (consentement préalable de l'utilisateur, sécurisation des échanges).

3- Demandes d'hébergement et évaluation sociale

Le recours au SI-SIAO reste nécessaire pour des demandes d'hébergement et éventuelles mises à jour d'évaluation sociale.

Rapport annuel d'activité et cahier des charges du Système d'Informations pour les indicateurs d'activités des équipes

1- Finalité

Afin de suivre les besoins des publics concernés, le niveau de réponse apportée, et de contribuer à l'évaluation de l'action globale, chacune des équipes concourant au dispositif régional et territorial devra avoir un système d'information permettant de produire les indicateurs communs d'évaluation de l'impact de l'action en termes quantitatifs et qualitatifs.

Les établissements médico-sociaux devront ainsi se munir d'une solution numérique (par une nouvelle solution ou adaptation d'une solution existante) répondant aux besoins ci-après décrits.

L'objectif pour l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France est de pouvoir documenter l'état d'avancement des interventions à destination des publics rencontrés. Les indicateurs sont issus des cahiers des charges des appels à candidatures et à projets réalisés en 2021, tennat compte des enjeux de suivi par le Ministère de la Santé.

Ils doivent figurer dans les rapports d'activité à retourner à l'Agence Régionale de Santé. A noter, en ce qui concerne les ACT HLM, à titre dérogatoire en Ile-de-France, le modèle de RASA à produire est bien uniquement celui annexé au présent document.

Les indicateurs d'activité sont également à transmettre à l'ARS de manière trimestrielle sous format excel. L'application MANO permet de produire les extractions nécessaires.

Il est rappelé qu'aucune donnée directement ou indirectement nominative ne peut, être transmise à l'ARS. Les systèmes d'information permettant d'extraire des indicateurs de suivi doivent respecter des exigences de qualité, de fiabilité et de sécurité des données. La personne doit être informée et consentir à la collecte et au traitement de ses informations personnelles dans le système d'information de l'équipe mobile. Elle est dûment informée de son droit à exercer une opposition à la collecte, à l'échange et au partage d'informations la concernant, et peut exercer ce droit à tout moment.

Afin de garantir la fiabilité et la confidentialité des informations transmises à l'ARS, les différents indicateurs demandés peuvent être issus de la consolidation anonyme et sécurisée des données collectées à partir des outils numériques utilisés dans la prise en charge des usagers.

2- Indicateurs obligatoires des équipes mobiles médico-sociales « Ségur de la Santé »

L'ensemble des indicateurs obligatoires attendus des équipes mobiles médico-sociales Ségur de la Santé (ACT HLM/ESSIP/LHSS mobile-de jour/EMSP) figurent dans le RASA en annexe 5.

Annexe 1 - MANO

Afin d'accompagner le déploiement de ces équipes mobiles sur le territoire francilien, l'ARS Ile-de-France propose aux opérateurs un outil clé en main MANO, un service de soutien aux équipes mobiles, facilitant l'accompagnement des personnes rencontrées en aller-vers afin d'assurer la qualité de l'intervention au regard des besoins des personnes. Ce logiciel, dont de nouveaux développements sont adaptés aux équipes mobiles Ségur de la Santé, respecte l'ensemble des conditions de sécurité et de confidentialité détaillées précédemment. L'Agence Régionale de Santé n'a pas accès aux données incluses dans MANO par les équipes mobiles. Seul les membres d'une équipe mobiles peuvent y avoir accès. Les équipes peuvent extraire des indicateurs globaux, anonymisés.

La gestion de la sécurité et de la confidentialité des informations collectées et traitées par le logiciel MANO est conforme à la réglementation en vigueur, soit :

- La gestion du stockage de l'information, leur accès, et la gestion des archivages des dossiers (mise en archive et accès) ;
- La gestion des consentements et du droit d'opposition.

FONCTIONALITES ET UTILISATION

L'application MANO est accessible en rue, en hors connexion si besoin, par des équipes mobiles et donne accès aux fonctionnalités suivantes :

- Un dossier usager qui permet aux équipes d'avoir une vision globale sur le parcours, la situation sociale et médicale de l'utilisateur, afin de mieux l'accompagner sans perte d'information. Le dossier patient facilite l'organisation de l'accompagnement individuel, la prise de la situation sociale et médicale de l'utilisateur.
- Un planificateur de tâches qui permet de visualiser et planifier les tâches à réaliser et de relier les actions au dossier de l'utilisateur et consolide ainsi l'articulation entre sites fixes et maraudes favorisant la gouvernance et le pilotage des interventions.
- Une fonctionnalité d'édition de comptes rendu en fin de maraudes et de remontée des statistiques qui éclaire l'évaluation des besoins des équipes et d'ajuster les moyens humains, matériels et financiers en conséquence. A terme, cette fonctionnalité aide les équipes à s'inscrire dans une stratégie d'amélioration continue de la qualité et du service rendu aux usagers.
- Un listing des structures qui permet de référencer toutes les structures sur lesquelles l'orientation de l'utilisateur est possible ; renforce la localisation d'implantation du projet, notamment en regard des zones prioritaires identifiées et facilite la co-construction du projet avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et institutionnels du territoire.

L'interface Web permet à chaque maraude :

- de Paramétrer "son MANO" pour l'adapter au mieux à son activité propre ;
- de créer des compte rendu de fin de maraude ;
- de consolider automatiquement des indicateurs pour transmission régulière aux financeurs ;
- de générer le rapport d'activité annuel.

Annexe 2 - Cahiers des charges publiés

Cahier des charges des Lits halte soins santé « mobiles », équipes mobiles santé précarité, Lits halte soins santé « de jour » et équipes spécialisées de soins infirmiers précarité

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 médicosocial 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 charges 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-social 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'utilisateur

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 encouragée :

- 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. 312-1764-26 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'usager

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)¹⁰.

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

¹⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836921/fr/lesrecommandations- de-bonne-pratique

l'accompagnement et des soins en 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.

Cahier des charges des appartements de coordination thérapeutique (hors-les-murs)

1.1 Définition

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 » précise ainsi :

- « Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
- Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions d'hébergement à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions d'accompagnement médico-social. Ils fonctionnent sans interruption.
- Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social sans hébergement pour les personnes mentionnées au premier alinéa ».

Les ACT « Hors les murs » sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « d'aller-vers ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

Ces personnes ne nécessitent pas une hospitalisation. Elles souffrent toutefois de maladies chroniques, présentent des vulnérabilités et/ou une dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne qui affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales

1.2 Objectifs principaux du dispositif : activités et missions principales

Sur le plan des valeurs, les ACT « Hors les murs » reposent sur les principes suivants :

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

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 ;
- 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.

Ce dispositif propose donc un accompagnement global, les objectifs principaux étant :

- L'appui et le soutien de la personne dans son parcours de santé, d'accès à la prévention, à l'éducation thérapeutique et aux soins, dans une logique de réduction des risques et des dommages, de favoriser des choix favorables à la santé et à la gestion des troubles chroniques liés à la maladie, dont l'observance des traitements.
- L'aide et le soutien à la vie quotidienne des usagers (de la gestion du budget à l'organisation des repas) dans une dynamique de co-construction avec les bénéficiaires concernés ;
- Le travail de suivi social et de réinsertion professionnelle dès lors que c'est envisageable ;
- Le maintien dans le logement, la prévention des expulsions locatives ou la recherche d'un logement ou d'un hébergement adapté si le type d'habitat dans lequel se trouve la personne suivie est jugé indigne ou insalubre ;

2. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

2.1 Publics cibles

Le dispositif ACT « Hors les murs » s'adresse aux personnes souffrant d'une maladie chronique, fréquemment accompagnée de comorbidités, notamment addictives ou psychiatriques, dans leurs lieux de vie:

- fragilité psychique,
- précarité économique,
- isolement géographique, familial ou social,
- environnement administratif et/ou juridique inexistant,
- éloignement du système de santé,
- pratiques à risques et/ou addictives,
- handicap (cognitif, psychique ou moteur).

2.2 Composition de l'équipe

Pour assurer leurs missions, les gestionnaires des Appartements de Coordination Thérapeutique « Hors les murs » ont recours à une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend au moins un médecin, exerçant le cas échéant à temps partiel.

Le médecin assure la coordination médicale de la personne accompagnée.

Si la personne n'a pas de médecin traitant ou ne peut être orientée vers un autre professionnel de soin, il assure le diagnostic, les prescriptions et le suivi du soin qu'il engage.

Le suivi médical assuré dans le cadre de la prise en charge ACT « hors les murs » se réalise dans le lieu de vie de la personne ou dans le cadre de consultations au sein de la structure ACT.

Le médecin peut être mobilisé en astreinte.

En sus d'un temps médical, l'équipe peut comprendre, en fonction des besoins identifiés et du projet d'établissement ou de service :

- Infirmier (s) ;

- Aide – soignant ;
- Psychologue ;
- Travailleurs sociaux ;
- Aide à domicile et autres intervenants d'aide à domicile ;
- Médiateur en santé ;
- Interprétariat ;
- Travailleurs pairs ;
- Ergothérapeutes.

Un coordonnateur est désigné au sein de l'équipe. Il est chargé du suivi de l'activité hors les murs.

La composition et l'effectif des équipes sont adaptés en fonction de la modélisation proposée dans l'annexe de la circulaire sur la base d'un dispositif de 15 places.

2.3 Modalités de prise en charge et d'accompagnement proposées aux bénéficiaires

Au cours de l'expérimentation nationale mise en place depuis 2017, plusieurs modalités d'accompagnement ont été observées :

- L'accompagnement médico-social des personnes atteintes de maladies chroniques vivant dans des zones rurales éloignées de toute offre de soins ;
- L'accompagnement médico-social des personnes atteintes de maladies chroniques ayant un domicile (de nombreuses demandes de prises en charge émanent des bailleurs sociaux) ;
- L'accompagnement à la sortie des résidents d'ACT, que ce soit dans un logement de droit commun ou dans un autre établissement social ou médico-social dans une logique de transition et de stabilisation dans le nouvel environnement de vie (MAS, FAM, EHPAD...) ;
- L'accompagnement médico-social des personnes atteintes de maladies chroniques vivant à la rue (squat, campement) ;
- L'accompagnement et la coordination médicale des résidents des structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) de type : CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), CHU (centre d'hébergement d'urgence) et CADA (centre d'accueil et de demandeurs d'asile).

L'équipe mise en place et structurée pour la modalité de prise en charge « hors les murs » de l'ACT s'assurera de déployer des stratégies d'accompagnement visant à atteindre l'autonomie en santé. Il s'agira d'impliquer le patient à la co-construction et la mise en œuvre d'un projet s'appuyant sur des prestations diversifiées et cela dans une dimension d'accompagnement à l'autonomie en santé (*empowerment*).

L'accueil au sein du dispositif AHI a pour but l'accès aux accompagnements de droit commun et ne se substitue pas aux accompagnements « socles » des équipes des ACT.

Les usagers devront bénéficier a minima :

- **D'une coordination médicale** et d'un accompagnement aux soins si nécessaire. La coordination médicale est assurée par le médecin de la structure. Il est éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend :
 - la constitution et la gestion du dossier médical ;
 - les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital, la coordination des soins (hospitalisation à domicile, service de soins infirmiers à domicile, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...);
 - l'aide à l'observance thérapeutique ;
 - la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec les dispositifs spécialisés ;
 - le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...);
 - le soutien psychologique des malades.
- **D'actions de promotion, d'information, d'éducation et de prévention permettant d'acquérir des compétences en santé**, le cas échéant en s'appuyant sur la mobilisation communautaire, l'éducation par les pairs et les médiateurs de santé, l'éducation thérapeutique du patient et le développement du pouvoir d'agir.
- **D'un accompagnement et d'un travail social d'orientation** assuré par le personnel psycho-socio-éducatif qui vise :
 - à une réinsertion professionnelle dès lors qu'elle est envisageable ;
 - à l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives ;
 - à une aide dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne (éducation à l'autonomie domestique, gestion du budget, courses, alimentation, ménage) ;
 - à l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin ;
 - à l'accompagnement et à l'orientation en fonction des besoins de la personne et des réponses dans l'offre de droit commun.
- **D'activités et de lieux de sociabilité visant à lutter contre l'isolement.** Il appartient donc à l'équipe intervenant « hors les murs » de créer et de favoriser les liens entre toutes les personnes accompagnées par l'ACT (en hébergement comme hors les murs). Ainsi, les personnes suivies dans leur lieu de vie doivent être intégrées à la vie de l'ACT au travers de groupes de paroles, des sorties ou d'ateliers. Il est essentiel d'innover ou de mobiliser l'ensemble des dispositifs existants afin de briser l'exclusion sociale et la solitude des usagers, l'objectif étant de favoriser l'entraide, les relations, l'échange entre pairs et de participer ainsi au renforcement de l'estime de soi des personnes accompagnées. Cela doit à ce titre être clairement inscrit dans le cadre du projet d'établissement de l'ACT.

2.4 Modalités d'intervention

Les ARS veilleront à garantir une couverture territoriale cohérente. Les ACT « Hors les murs » 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).

Ainsi, en se fondant préalablement sur un diagnostic partagé avec l'ensemble des partenaires, les ACT « Hors les murs » peuvent intervenir dans les lieux suivants :

- au domicile des usagers ;
- à la rue, en campement ou en squat ;

- au sein des structures relevant de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) sur signalement (Hébergement d'Urgence, accueils de jour, CHRS, etc.) ;
- au sein des lieux fréquentés par le public cible ;
- au sein des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux (pour soutenir la transition avant l'entrée ou à la sortie d'ACT pour stabiliser la personne dans son nouvel environnement. Dans cette optique, les équipes d'intervention de l'ACT hors les murs viennent en complémentarité et en coordination avec les équipes des établissements d'accueil dans le cadre du projet individuel de la personne qui doit être partagé) ;
- Au sein des aires d'accueil des gens du voyage.

Lorsque les équipes d'ACT « Hors les murs » interviennent au sein d'une structure de l'AHI ou de logement accompagné, elles appuient les équipes en charge de l'accompagnement social sur le volet sanitaire de la prise en charge. Elles assureront, à ce titre, une coordination des soins et une prise en charge médicale temporaire, à l'exception des équipes orientées rétablissement, type chez soi d'abord, dont l'accompagnement dure aussi longtemps que de besoin avec une intensité variable dans le temps en fonction de l'évolution des besoins d'accompagnement. Cependant, les équipes d'ACT n'ont pas vocation à se substituer aux personnels sociaux exerçant sur les lieux d'intervention, elles agissent en complémentarité.

Lorsque les équipes d'ACT « Hors les murs » interviennent sur l'accompagnement d'un résident d'ACT vers une structure d'accueil pour personnes âgées ou personnes en situation de handicap, elles assurent un accompagnement psycho-social de la personne concernée en complémentarité et coordination avec les équipes professionnelles du nouvel établissement, dans le cadre du projet individuel de la personne.

Lorsque les équipes ACT HLM interviennent à la rue, en campement, en squat, elles s'appuient sur les dispositifs et services en lien avec les personnes pour faire le lien, établir la relation de confiance, articuler les interventions (SAMU social, maraudes, accueils de jour, aide alimentaire...)

L'intervention d'un ACT hors les murs peut être mise en œuvre sur demande :

- Des services sociaux,
- D'un établissement de santé,
- D'un établissement ou service médico-social,
- D'un établissement social d'hébergement,
- D'un SPIP, d'une UCSA et d'associations de sortants de prison, d'un CSAPA « référent établissement pénitentiaire »,
- D'associations d'aide aux malades,
- A l'initiative de la personne, de ses proches ou de son médecin traitant,
- D'un centre d'accueil de demandeurs d'asile

2.5 Durée de la prise en charge

Les ACT « Hors les murs » représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire.

La durée de l'accompagnement sera définie par la structure en lien avec la personne prise en charge sur la base d'un projet individuel.

La durée moyenne d'accompagnement est évaluée à deux ans.

2.6 La participation de l'utilisateur

Le projet doit prévoir la participation de l'utilisateur.

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, la mise en place de temps de sociabilité, de convivialité et d'échanges favorisant l'implication des personnes accompagnées est attendue :

- Groupes de parole ;
- Sorties culturelles ;
- Ateliers d'activités physiques ;
- Ateliers diététiques et culinaires ;
- Repas et petits déjeuners en groupe ;
- Actions collectives visant notamment la promotion et la prévention en santé et l'éducation thérapeutique des usagers
- Et toute autre activité jugée intéressante pour la vie de l'ensemble des bénéficiaires de la prise en charge ACT Hors les murs et la lutte contre leur isolement social.

2.7. Coopération et partenariat

Dans la limite des missions définies dans le cadre du projet d'établissement, l'ACT « Hors les murs » doit 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 mobiles, SSIAD précarité, LHSS mobiles, maraudes sociales, CAARUD, CSAPA, EMPP, etc.)

Un état des lieux de ces dispositifs peut être formalisé en lien avec l'Agence Régionale de Santé et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) lors de l'élaboration du projet d'établissement afin de définir le périmètre d'intervention de chacun, en lien avec les axes définis dans le cadre du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS). Celui-ci peut aussi être fait à l'échelle locale en lien avec le SIAO et le DAC du département concerné.

Par ailleurs, le projet doit être complémentaire de l'offre de soins et l'offre sociale existantes et s'intégrer dans une filière de prise en charge avec (liste non exhaustive à adapter en fonction des besoins identifiés) :

- les établissements de santé prenant en charge des patients atteints de pathologies chroniques sévères ;
- les établissements et services médico-sociaux et hospitaliers d'addictologie ;
- les médecins traitants et spécialistes libéraux ;
- les réseaux de santé et dispositifs d'appui à la coordination (loi OTSS 2019) ;
- les services sanitaires intervenant à domicile (HAD, infirmiers libéraux, SIAD) ;
- les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et autres interfaces d'admission (guichet unique IDF, ARA et Occitanie etc.) ;
- les associations de patients atteints de maladies chroniques ;
- les centres communaux d'action sociale ;
- les associations œuvrant dans le champ de la solidarité ;
- les bailleurs sociaux ;
- les dispositifs d'insertion par l'activité (Territoire zéro chômeurs).

Le projet et la candidature de l'établissement d'ACT souhaitant développer la modalité de prise en charge « hors les murs » devront 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. L'intégralité des éléments de coopération (convention, lettre d'intention, protocole...) devra être jointe au dossier de candidature.

2.8. La participation financière du bénéficiaire et les financements des ACT hors les murs

La contribution financière de l'utilisateur (si demande de participation il y a) ne pourra excéder 2€, soit 10% du montant du forfait journalier hospitalier conformément à l'arrêté du 21 décembre 2017 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale.

L'instruction n°DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021 relative « à la campagne budgétaire pour l'année 2021 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques » fixe le coût de la place d'ACT « Hors les murs » à 12 600 € en Métropole et à 15 120€ en Outre-Mer.

2.9. Suivi d'activité

Le rapport d'activité standardisé annuel des ACT « hors les murs » piloté par la Fédération Santé Habitat (FSH) (voir document joint en annexe) doit être renseigné.

Pour rappel, la Direction Générale de la Santé soutient et finance la Fédération Santé Habitat.

3. Le contenu du dossier de candidature

3.1. Structure porteuse du projet

Les structures médico-sociales gestionnaires d'ACT.

3.2 La capacité à faire du candidat

Le candidat apportera des informations sur :

- son projet associatif et son projet d'établissement ;
- son historique ;
- son organisation et la composition de son équipe (organigramme, dépendance vis-à-vis du siège ou d'autres structures, tableau des emplois relatifs à l'activité, ses partenariats et ses conventions) ;
- sa situation financière (bilan et compte de résultat) ;
- son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité ;
- son équipe de direction (qualifications) ;
- ses connaissances du territoire et du public cible qu'il souhaite toucher.

Par ailleurs, le gestionnaire devra indiquer le nombre et la diversité d'établissements et services médico-sociaux gérés. Il apportera également les informations relatives à l'expérience qu'il a pu acquérir pour la prise en charge des publics cibles des ACT.

Le gestionnaire devra garantir la capacité à mettre en œuvre le projet. Il lui est demandé :

- un exposé écrit exhaustif du projet tenant compte de l'ensemble des directives et indications mentionnées dans le présent cahier des charges ;
- et d'élaborer un calendrier de mise en œuvre et la date prévisionnelle d'ouverture.

3.3. Délai de mise en œuvre

L'appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en 2021 avec prévision d'ouverture à partir de XXX 2021

4. Processus d'autorisation

4.1. Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets

- L'exposé doit être soumis à l'ARS. Il devra mentionner et contenir :

- un descriptif exhaustif et précis du projet ;
- les outils d'intervention, les modalités d'action, le suivi et la prise en charge proposés aux usagers ;
- les partenariats territoriaux existants ;
- la catégorie de bénéficiaires retenus dans un territoire donné ;
- la composition de l'équipe dédiée au projet ;
- les mutualisations envisagées avec l'ACT sur lequel est adossé l'ACT HLM ;
- un budget prévisionnel en année pleine dédié à cette activité ainsi que le BP global de l'ACT intégrant cette activité complémentaire ;
- un calendrier de mise en œuvre et la date prévisionnelle d'ouverture.

- Seront favorisés les projets favorisant la mutualisation des ressources et la solidité des partenariats.

-Seront appréciés :

- la cohérence du projet avec les objectifs du cahier des charges ;
- l'aptitude de la structure porteuse à diriger le projet ;
- l'intégration du projet dans l'environnement sanitaire, social et médico-social du territoire ainsi que sa complémentarité avec le secteur ;
- la présentation des résultats attendus pour les personnes accompagnées ;
- la participation et l'implication des usagers au sein de la vie de l'établissement ou de l'association ;
- l'impact sur les inégalités sociales de santé ;
- la description des modes d'action et des outils d'intervention ;
- les modalités de suivi et l'évaluation interne de l'activité.

4.2. Processus d'autorisation

Les agences régionales de santé apprécient la recevabilité et l'éligibilité des projets déposés, notamment au regard de la population cible, du territoire retenu, de la faisabilité du projet.

A l'issue de l'examen des projets, l'ARS sélectionne le ou les candidats retenu(s) et prend un arrêté d'autorisation.

4.3. Publication des résultats

La liste des ACT hors les murs autorisés sera publiée par chacune des ARS concernées.

Annexe 3 - Bilan de santé infirmier

Les données d'identification du patient seront à préciser dans le système d'information de l'équipe mobile

A1 Quand êtes-vous arrivé en France (en nombre d'années) ? _____

A2 Quel est votre parcours migratoire ? _____

A3 Quelle est votre situation en termes de droit au séjour en France ?

Réfugié Demandeurs d'asile Situation administrative régulière (nationalité française, titre de séjour, ressortissant UE) Situation administrative irrégulière ne sais pas

A4 Avez-vous une couverture santé ? Oui Non

A4a Si oui, quelle couverture ? PUMA AME Complémentaire santé

A5 Êtes-vous : Union libre Célibataire Veuf Séparé/Divorcé Marié

Autre : _____

A6 Vivez-vous avec un(des) membre(s) de votre famille ou un proche ?

Oui Non

A7a Si non, où vit votre famille : En France A l'étranger

A7b Si oui, avec : Votre conjoint Vos enfants Autres : _____

A7c Si enfants, combien sont avec vous : Ages :

B – Mesures physiques et biologiques

B1 Poids : __/__/__ kg

B1a Si notion de perte de poids, Poids antérieur ? : __/__/__

Délai : __/__/ ans __/__/ mois

B2 IMC : __/__/,__

B3 Taille : __/__/__ cm

B4 Saturation : ____%

B5 Pression artérielle (syst./diast.mm Hg) : __/__/__ __/__/__

B5a Pression artérielle de référence : __/__/__ __/__/__

B6 Fréquence cardiaque : __/__/__ /minute

B7 Fréquence respiratoire : __/__/__ /minute

B8 Glycémie capillaire (hémoglucotest) : __/__,__/__/__ g/l

B8a Délai en heures après repas/collation : ____/ H ____/mn

B8b Avez-vous du mal à trouver à manger : Oui Non

B8c Si oui, pourquoi (coût, distance) : _____

B9 Température : __/__/__,__°C

C – Etat de santé

C1 Avez-vous vu un professionnel de santé dans les 6 derniers mois ? Oui Non NSPR

C1a Si oui, pour quels types de problèmes de santé (plusieurs réponses possibles) :

Psy Somatique (Précisez la qualification du professionnel de santé : _____)

C1b Si non, A quand remonte votre dernière visite chez un médecin ?

6-12 mois 1-2 ans > 2 ans Ne sait plus

C2 Vous diriez que votre état de santé en ce moment est :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Non satisfaisant

C3 Quel est votre plus importante problématique de santé à ce jour ?

C4 Douleurs ? Oui Non

C4a : Si oui, localisation : _____ Type : Aigu Chronique

C4b : Quelle intensité (EVA/ENS) : _____

C5 Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

C6 Souffrez-vous de problèmes bucco-dentaires : Oui Non NSPR

C6a Si oui, Lesquels ? _____

C7 Souffrez-vous d'affections cutanées : Oui Non NSPR

C7a Si oui, Lesquels ? _____

C8 Souffrez-vous d'autres symptômes (sueurs nocturnes, fatigue, vertiges, perte d'appétit...) ? Oui

Non

C8a Si oui, Lesquels et depuis combien de temps ?

C9 Avez-vous un traitement à ce jour ? Oui Non NSPR

C9a Si oui, lesquels et pour quelle durée (chronique ou pas) ?

C9b Si oui, êtes-vous en rupture de traitement ? Oui Non Depuis quand ? _____

C10 Avez-vous des allergies ? Oui Non NSPR

C10a Si oui, lesquels ? _____

C11 Vous a-t-on refusé des soins depuis que vous êtes en France ? Oui Non NSPR

C11a Si oui, connaissez-vous la raison ? _____

C12 Avez-vous renoncé à des soins pour vous-même dans les 12 derniers mois ? Oui Non NSPR

C12a Si oui, pour quelles raisons ? _____

C13 Consommez-vous des substances psychoactives ? Oui Non NSPR

C13a Si oui : Alcool Tabac Autre

C14 Êtes-vous à jour de vos vaccins ? Oui Non NSPR

C14a Avez-vous un carnet de vaccination en votre possession ? Oui Non NSPR

D – Santé des femmes

D1 Avez-vous eu un suivi gynécologique au cours de votre vie ? Oui Non NSPR

D2 Combien avez-vous eu de grossesses ? ____

D2a Combien avez-vous eu de grossesses menées à terme ? ____

D2b était-ce des grossesses considérées « à risque » ? Oui Non NSPR

D3 Avez-vous un moyen de contraception aujourd’hui ? Oui Non NSPR

D3a Si non, En souhaiteriez-vous un ? Oui Non

D4 Etes-vous actuellement enceinte ? Oui Non NSPR

D4a Si oui, date des dernières règles (ou mois de grossesse) _____

D4b Si oui, êtes-vous suivie pour cette grossesse ? Oui Non

D4c Si oui, où et date de la dernière visite?

E – Santé psychologique

E1 Avez-vous des problèmes pour dormir (Insomnies, réveil au milieu de la nuit, réveil trop tôt, cauchemars)

: Jamais parfois souvent tous les soirs NVPR NSPR

E1a Si oui, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ? entre un mois et six mois ? plus de six mois ? NSPR

E2 Avez-vous des idées noires :

Jamais parfois souvent tous les jours NVPR NSPR

E2a Si oui, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ? entre un mois et six mois ? plus de six mois ? NSPR

E3 Avez-vous des crises de larmes :

Jamais parfois souvent tous les jours NVPR NSPR

E3a Si oui, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ? entre un mois et six mois ? plus de six mois ? NSPR

E4 Êtes-vous facilement irritable ?

Jamais parfois souvent tous les jours NVPR NSPR

E4a Si oui, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ? entre un mois et six mois ? plus de six mois ? NSPR

E5 Êtes-vous déjà allé consulter un professionnel pour ce type de problématique?

Oui Non

E5a Si oui, lequel et quand ? : _____

E5b Si non, souhaitez-vous en rencontrer un ? Oui Non

Annexe 4 – Prise en charge de mineurs en l’absence de représentants légaux

Dans le cadre de leurs missions, les équipes mobiles « Ségur de la Santé » et plus particulièrement les EMSP et LHSS mobiles (qu’elles soient spécialisées ou non en périnatalité) peuvent être amenées à intervenir auprès de personnes mineures.

Lorsque les mineurs ont leur parents présents, les interventions sont possibles comme pour tout professionnel de santé, dans le cadre de leurs compétences.

Différents profils de jeunes personnes isolées peuvent également être rencontrés par les équipes mobiles :

- 1- Des mineurs n’ayant eu encore aucun contact avec les services départementaux de l’enfance en danger (ex : jeune en rupture familiale, MNA primo arrivant...) ;
Un mineur isolé relève de la protection de l’enfance. Il convient pour les équipes de s’assurer qu’il a fait les démarches nécessaires pour sa prise en charge par l’ASE. Pour la prise en charge sanitaire, voir ci-après.
- 2- Des mineurs en cours d’évaluation, mis à l’abri ou non, en attente du rendez-vous d’évaluation, ou bien en attente de la notification de décision de l’ASE. A ce stade leur statut est encore indéterminé et ils bénéficient d’une présomption de minorité. Pour la prise en charge sanitaire, voir ci-après.
- 3- Des mineurs non reconnus comme mineurs et isolés par les services de l’ASE. Ces mineurs peuvent contester cette décision et saisir directement le juge des enfants pour une nouvelle demande de protection au stade judiciaire. Leur statut reste alors encore indéterminé mais les professionnels de santé peuvent intervenir auprès d’eux en tant que majeur.
- 4- Des mineurs dont la minorité et l’isolement n’ont pas été reconnus par le juge des enfants. La prise en charge du patient se fait en tant que personne majeure.

Au regard des missions des équipes mobiles, les premiers soins de compétence infirmiers peuvent être réalisés dans une logique de sauvegarde de la santé pour les mineurs – situation 1 et 2. **Il est indispensable qu’une articulation soit faite avec les services de l’ASE compétents. L’équipe ne doit pas se substituer à l’ASE.**

Une orientation vers un médecin ou sage-femme doit ensuite être faite pour les situations 1, 2. Ces professionnels bénéficient en effet de dispositions spécifiques pour des prises en charge larges en l'absence de l'autorité parentale.

Article L1111-5

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la [loi n° 99-641 du 27 juillet 1999](#) portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Article L1111-5-1

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

ANNEXE 5 – Rapport d'Activité Standardisé Annuel

Le RASA sera extractable par MANO ou dans le tableau PDF annexé au présent document.