

# **AVIS D'APPEL À PROJETS**

## **pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France**

**Autorité responsable de l'appel à projets :**

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France  
Immeuble « Le Curve » - 13, rue du Landy  
93200 Saint-Denis

**Date de publication de l'avis d'appel à projets : Mardi 21 septembre 2021**

**Date limite de dépôt des candidatures : Dimanche 21 novembre 2021**

*Dans le cadre du présent appel à projets, le secrétariat est assuré par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France*

**Pour toute question :**

**[ARS-IDF-AAP-MEDICOSOCIAL-PDS@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-AAP-MEDICOSOCIAL-PDS@ars.sante.fr)**

## Sommaire

<b>1. QUALITE ET ADRESSE DE L'AUTORITE COMPETENTE .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CONTENU DU PROJET ET OBJECTIFS POURSUIVIS .....</b>	<b>3</b>
<b>3. CAHIER DES CHARGES.....</b>	<b>5</b>
<b>4. AVIS D'APPEL A PROJETS .....</b>	<b>5</b>
<b>5. PRECISIONS COMPLEMENTAIRES .....</b>	<b>6</b>
<b>6. MODALITES D'INSTRUCTION ET CRITERES DE SELECTION .....</b>	<b>6</b>
<b>7. MODALITES DE DEPOT DES DOSSIERS DE CANDIDATURES.....</b>	<b>8</b>
<b>8. COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE .....</b>	<b>9</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>13</b>

*Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, et en accord avec le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, notamment les besoins recensés et les objectifs fixés dans le Schéma Régional de Santé (SRS) et dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France lance un appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP) en Île-de-France.*

## **1. QUALITE ET ADRESSE DE L'AUTORITE COMPETENTE**

**Madame la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France**

**Immeuble « Le Curve » - 13 rue du Landy**

**93200 Saint-Denis**

Conformément à l'article L.313-3b) du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

## **2. CONTENU DU PROJET ET OBJECTIFS POURSUIVIS**

### **Objet de l'appel à projets**

Le présent appel à projets s'inscrit dans le cadre du 9° du I de l'article L. 312-1, de l'article L. 312-8, des articles L. 313-1 et suivants et R313-1 et suivants, des articles L. 314-1 et suivants et R314-1 et suivants et des articles D. 312-176-3, D. 312-176-4 et D. 312-176-4-26 du Code de l'action sociale et des familles, de l'article L. 174-9-1 du Code de la sécurité sociale.

Cet appel à projets a pour objet la création, dans la contrainte de la dotation régionale limitative, d'équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques réparties en deux catégories :

- Des Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) ;
- Des Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP).

Ces deux nouveaux dispositifs sont destinés à :

- Venir en appui aux structures du secteur Accueil, Hébergement et Insertion (AHI) confrontées à des situations de personnes éloignées du système de santé ;
- Initier ou permettre la poursuite d'un accompagnement dans le secteur AHI ou dans tout autre lieu de vie de ces personnes (y compris l'habitat informel ou la rue) ;
- Eviter les ruptures de prise en charge ou en limiter les conséquences, et faciliter la continuité des parcours de soins.

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

Les autres dispositifs énoncés dans la proposition « aller-vers » de la mesure 27 du Ségur de la Santé, à savoir les Lits Halte Soins Santé mobiles, les Lits Halte Soins Santé de jour et les Appartements de Coordination Thérapeutique Hors-Les-Murs, seront déployés par l'intermédiaire d'un appel à candidatures spécifique.

### **Dispositions légales et réglementaires**

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- Le Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment les articles L. 312-1, L. 313-1 et suivants et des articles R. 313-1 à D.313-14 ;
- Le Code de la santé publique (CSP), notamment les articles L. 5126-1, L. 5126-5, L. 5126-6, L. 6325-1, R6325-1 et D. 6124-311 ;
- Le Code de la sécurité sociale (CSS), notamment les articles L. 174-9-1 et R174-7 ;
- L'instruction interministérielle 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 : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM) et « Un chez-soi d'abord » (parution au BO le 31 août 2021) ;
- 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 » ;
- Le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Deux circulaires complètent la procédure d'appel à projet :

- La circulaire DGCS/SD5B n° 2014-287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- La circulaire DGCS n° 2012-434 du 28 décembre 2010 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### **3. CAHIER DES CHARGES**

Le cahier des charges est disponible en annexe du présent avis d'appel à projets.

### **4. AVIS D'APPEL A PROJETS**

Le présent avis d'appel à projets est publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région Île-de-France.

Cet avis est consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr>).

La date de publication sur ce site Internet vaut ouverture de la période de dépôt des dossiers jusqu'à la date de clôture fixée le 21 novembre 2021 (avis de réception faisant foi et non pas cachet de la poste).

## **5. PRECISIONS COMPLEMENTAIRES**

Les candidats peuvent demander à l'Agence Régionale de Santé Île-de-France des compléments d'information, au plus tard le 13 novembre 2021 (huit jours avant la date limite de dépôt des dossiers) exclusivement par messagerie électronique à l'adresse suivante :

[ARS-IDF-AAP-MEDICOSOCIAL-PDS@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-AAP-MEDICOSOCIAL-PDS@ars.sante.fr)

En mentionnant, dans l'objet du courriel, la référence de l'appel à projets « *AAP Ségur de la Santé – Mesure 27 Aller-vers* ».

L'Agence Régionale de Santé Île-de-France s'engage à en communiquer les réponses à caractère général à l'ensemble des candidats ayant posé une question, au plus tard le 16 novembre 2021 (cinq jours avant la date limite de dépôt des dossiers).

## **6. MODALITES D'INSTRUCTION ET CRITERES DE SELECTION**

Les projets seront analysés par des instructeurs désignés par la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt des dossiers ne seront pas recevables (le récépissé de dépôt faisant foi et non pas le cachet de la poste).

La vérification des dossiers reçus dans la période de dépôt se fait selon trois étapes :

- Vérification de la régularité administrative et de la complétude du dossier conformément à l'article R313-5-1 - 1er alinéa du CASF ; le cas échéant, il peut être demandé aux candidats de compléter le dossier de candidature pour les informations administratives prévues à l'article R313-4-3 1° du CASF dans un délai de quinze jours ;
- Vérification de l'éligibilité du projet au regard des critères minimums spécifiés dans le cahier des charges ;
- Les dossiers reçus complets à la date de clôture de la période de dépôt et ceux qui auront été complétés dans le délai indiqué ci-dessus seront analysés sur le fond du projet en fonction des critères de sélection et de notation des projets mentionnés ci-après.

Les projets seront sélectionnés selon les thèmes suivants, assortis d'une cotation sur 200 points :

- La stratégie, la gouvernance et le pilotage du projet (70 points) ;
- L'accompagnement médico-social proposé (85 points) ;
- Les moyens humains, matériels et financiers (45 points).

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

Ces thèmes sont également composés des critères figurant dans le tableau ci-dessous.

### Grille de cotation des candidatures

Thèmes	Critères	Cotation	
Stratégie, gouvernance et pilotage du projet	Expérience du promoteur, cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées, connaissance du territoire et des publics	20	70
	Localisation d'implantation du projet, notamment en regard des zones prioritaires identifiées	30	
	Co-construction du projet avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux et institutionnels du territoire	10	
	Nature et modalités de partenariats garantissant la continuité des parcours et la variété des interventions	10	
Accompagnement médico-social proposé	Organisation de l'accompagnement individuel	30	85
	Qualité de l'intervention au regard des besoins des personnes	30	
	Stratégie d'amélioration continue de la qualité et du service rendu aux usagers	15	
	Garantie des droits des usagers et modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2	10	
Moyens humains, matériels et financiers	Ressources humaines : adéquation des compétences avec le projet global (qualification, pluridisciplinarité de l'équipe), plan de formation continue	20	45
	Conditions de fonctionnement (horaires, ...)	10	
	Capacité de mise en œuvre du projet par le candidat (capacité financière)	15	
Total		200	200

Une attention particulière sera portée à la qualité formelle du dossier : les candidats s'efforceront de présenter un document unique concernant le projet, structuré et paginé.

Les instructeurs établiront un compte-rendu d’instruction motivé sur chacun des projets et proposeront à la demande du président de la Commission d’information et de sélection d’appel à projets (CISAP) un classement selon les critères de sélection figurant dans la grille ci-dessus.

Les projets seront examinés et classés par la commission de sélection. L’arrêté fixant sa composition est publié aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la région Île-de-France et des départements franciliens.

La liste des projets par ordre de classement sera publiée aux recueils des actes administratifs de la Préfecture de la Région Île-de-France et des départements franciliens.

La décision d’autorisation sera publiée selon les mêmes modalités et notifiée à l’ensemble des candidats.

En application de l’article R313-6 du CASF, les décisions de refus préalable de projets seront notifiées dans un délai de huit jours suivant la réunion de la commission.

## **7. MODALITES DE DEPOT DES DOSSIERS DE CANDIDATURES**

Chaque candidat devra adresser, en une seule fois, un dossier de candidature complet selon l’une des modalités suivantes :

1. Dépôt en main propre, contre avis de réception, au siège de l’Agence Régionale de Santé Île-de-France, à l’adresse ci-dessous, les jours ouvrés de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 :

**Agence Régionale de Santé Île-de-France**

**Secrétariat de la Direction de la Santé Publique**

**Immeuble « Le Curve » - 13 rue du Landy**

**93200 Saint-Denis**

2. Envoi par voie postale, par lettre recommandée avec avis de réception, à l’adresse susmentionnée.

Le dossier devra être constitué de :

- 3 exemplaires en version « papier » ;
- 1 exemplaire en version dématérialisée (clé USB).

Qu'il soit envoyé ou déposé, le dossier de candidature sera dans une enveloppe cachetée portant la mention « NE PAS OUVRIR » et « AAP Ségur de la Santé – Mesure 27 Aller-vers » qui comprendra deux sous-enveloppes :

- Une sous enveloppe portant la mention « AAP Ségur de la Santé – Mesure 27 Aller-vers - Candidature », comprenant les documents mentionnés dans la partie 8 ci-dessous ;
- Une sous-enveloppe portant la mention « AAP Ségur de la Santé – Mesure 27 Aller-vers - Projet » comprenant les documents mentionnés dans la partie 8 ci-dessous et ceux mentionnés dans le cahier des charges.

La date limite de réception des dossiers est fixée au 21 novembre 2021 à 17h00 (avis de réception faisant foi et non pas cachet de la poste).

## **8. COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

Le candidat doit soumettre un dossier complet, comprenant deux parties distinctes (candidature et projet), conforme aux dispositions de l'arrêté du 30 août 2010 et de l'article R313-4-3 selon les items suivants :

Les pièces suivantes devront figurer au dossier et feront l'objet d'une sous-enveloppe « *Candidature* » :

Conformément à l'article R313-4-3 du CASF, « *Chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité compétente [...], les documents suivants :*

- *Les documents permettant de l'identifier, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;*
- *Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du présent code ;*
- *Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L. 313-16, L. 331-5, L. 471-3, L. 472-10, L. 474-2 ou L. 474-5 ;*
- *Une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;*
- *Des éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité. »*

Le candidat devra transmettre également la fiche de synthèse annexée au présent avis ainsi que les documents et éléments demandés dans le cahier des charges.

Les pièces suivantes devront figurer au dossier et feront l'objet d'une sous-enveloppe « *projet* », en détaillant les éléments demandés spécifiquement par chaque département concerné par les projets :

Conformément à l'article R313-4-3 du CASF, « *Chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité compétente [...], les documents suivants :*

- *Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;*
- *Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel, présentés selon le cadre normalisé en vigueur ;*
- *Le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;*
- *Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées. »*

Conformément à l'arrêté du 30 août 2010 (contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques de projet), les pièces justificatives sont les suivantes<sup>1</sup> :

« 1° Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :

- *Un avant-projet du projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8 ;*
- *L'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 311-3 à L. 311-8 ainsi que, le cas échéant, les solutions envisagées en application de l'article L. 311-9 pour garantir le droit à une vie familiale des personnes accueillies ou accompagnées ;*
- *Lorsque la demande d'autorisation concerne un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1, l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 471-6 et L. 471-8 ;*
- *La méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L. 312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation ;*
- *Le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L. 312-7.*

2° Un dossier relatif aux personnels comprenant :

- *Une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification ;*
- *Si la demande d'autorisation concerne un service mentionné au 14° ou au 15° du I de l'article L. 312-1, les méthodes de recrutement suivies pour se conformer aux dispositions des articles L. 471-4 et L. 474-3 et les règles internes fixées pour le contrôle des personnes qui ont reçu délégation des représentants du service pour assurer la mise en œuvre des mesures de protection des majeurs ou des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;*
- *Les prestataires de services et les vacations extérieures par type de qualification ;*
- *L'organigramme prévisionnel ;*
- *Le plan de formation.*

3° Un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération, mentionnés au 2° de l'article R313-4-3 du même code :

a) *Les comptes annuels consolidés de l'organisme gestionnaire lorsqu'ils sont obligatoires ;*

<sup>1</sup> Pour assurer la clarté du dossier, veuillez respecter l'ordre des sous-parties.

*b) Le programme d'investissement prévisionnel précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation ;*

*c) En cas d'extension ou de transformation d'un établissement ou d'un service existant, le bilan comptable de cet établissement ou service ;*

*d) Les incidences sur le budget d'exploitation de l'établissement ou du service du plan de financement mentionné ci-dessus ;*

*e) Le cas échéant, les incidences sur les dépenses restant à la charge des personnes accueillies ou accompagnées ;*

*f) Le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement. Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et à celui mentionné au d sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale. »*

Fait à Saint-Denis, le 21 septembre 2021

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France

**Signé**

Amélie VERDIER

## ANNEXES

### Annexe 1 : Fiche de présentation du candidat

#### I. Prestations proposées

Nom de l'organisme candidat : .....

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

Date de création : .....

Le cas échéant, reconnaissance d'utilité publique :  
.....

Président : ..... Directeur : .....

**Personne à contacter dans le cadre de l'AAP :** .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Siège social (si différent) : .....

#### II. Prestations proposées

Nature de l'équipe mobile, modalités d'intervention/de fonctionnement et accompagnement :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
...  
Territoires concernés:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**III. Partenariats envisagés**

.....  
...  
.....  
.....  
.....  
.....

**IV. Financement**

Montant annuel total : .....

**Fonctionnement :**

.....

- Montant annuel total :

o Groupe 1 : .....

o Groupe 2 : .....

o Groupe 3 : .....

- Coût annuel à la place :

- Frais de siège :

**Investissement (montant total) :**

.....

- Équipement :

- Modalités de financement :

**V. Personnel**

Total du personnel en ETP : .....

## Annexe 2 : Orientations régionales

### 1- CONTEXTE

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

La stratégie nationale de santé 2018-2022 a identifié quatre thématiques prioritaires autour desquelles doivent s'organiser les grands chantiers en matière de santé à moyen et long terme, dont la prévention et la promotion de la santé et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Les projets régionaux de santé, portés par les Agences Régionales de Santé, ont par déclinaison de la stratégie nationale, affiché des objectifs de réduction des inégalités territoriales et sociales en santé.

Consultation publique tenue du 25 mai au 10 juillet 2020, le Ségur de la Santé a été un temps fort qui a permis d'engager un large débat sur le système hospitalier et, de façon plus large, sur notre système de soins. Articulées autour de 4 piliers, les conclusions du Ségur ont porté sur 33 mesures. La mesure 27, relative à la lutte contre les inégalités de santé, détaille un certain nombre de propositions, dont une relative « *aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles* »<sup>2</sup>.

Cette proposition s'appuie sur l'expérience acquise lors de l'épidémie de Sars-Cov-2, avec la mise en place dès mars 2020 en Île-de-France d'équipes de dépistage au sein des structures AHI (CHRS, CHU, CAES) afin de lutter contre la propagation du virus. A ce jour, ce type de pratiques continue d'être mis en œuvre, que ce soit dans le cadre d'actions de dépistage mais aussi dans le cadre de la campagne vaccinale. Cette période aura permis de constater l'impact des inégalités (surmortalité constatée en Seine-Saint-Denis<sup>3</sup> ou la plus forte probabilité d'être infecté par le Sars-Cov-2 ou d'en décéder, lorsqu'on est en situation de pauvreté<sup>4</sup>). Ce constat a aussi été un facteur ayant conduit à l'inscription de cette proposition au sein des 33 mesures issues du Ségur de la Santé.

Les acquis de la phase épidémique en matière de structuration de la prise en charge des personnes en situation de grande précarité (ou personnes très démunies) sont importants, et ouvrent la voie à des innovations majeures. Il est nécessaire de les conforter dès à présent et de les renforcer à partir de constats faits sur les besoins médico-psycho-socio-éducatifs des personnes hébergées ou en situation de rue, cumulant aux problématiques sociales celles sanitaires, somatiques et psychiques/psychiatriques.

---

<sup>2</sup> La HAS 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* » : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

<sup>3</sup> [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/covid\\_19\\_ISS/ORS\\_FOCUS\\_ISS\\_covid\\_vf\\_2020.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/covid_19_ISS/ORS_FOCUS_ISS_covid_vf_2020.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-facteurs-risques/>

Les parcours de soins et de vie de ce public exigent des interconnexions et des complémentarités d'intervention entre social, médico-social et sanitaire.

Le décroisement des secteurs, gage de réussite, prend ici toute son ampleur. De fait, ces parcours ne sont pas linéaires mais prennent appui sur une diversité de ressources et d'offres (aller vers, équipes mobiles de repérage, de diagnostic, de consultations, etc), de mise à l'abri, d'hébergement de stabilisation, de dispositifs passerelles... Ils doivent penser l'entrée dans un parcours de soins, mais aussi faciliter l'entrée dans le droit commun avec un accompagnement renforcé.

Les équipes mobiles réalisant des bilans de santé, les équipes de médiation sanitaire et les maraudes sanitaires existent en Île-de-France depuis plusieurs années et s'inscrivent déjà pleinement dans les démarches d'aller-vers. Ces dispositifs existants fournissent des acquis solides sur lesquels il est nécessaire de prendre appui dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs d'aller-vers. Ils doivent contribuer à construire un parcours de soins gradué en prenant en compte l'ensemble des besoins de santé et s'articulant avec le droit commun.

C'est pourquoi l'Agence a choisi de mettre en œuvre un dispositif régional et territorialisé d'aller-vers, en déployant dans notre région la mesure 27 du Ségur, en complément du renforcement des PASS et des EMPP, et de la création de PASS mobiles.

Le Ségur de la santé a retenu dans sa mesure 27 la création de nouveaux dispositifs d'aller-vers :

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

Les nouveaux dispositifs du Ségur se divisent entre ceux relevant d'une création d'une autorisation d'établissement ou de service médico-social ex nihilo (EMSP et ESSIP), objets du présent appel à projets, et ceux relevant d'une extension d'une autorisation d'établissement ou de service médico-social déjà existant (LHSS mobile/de jour et ACT HLM), relevant d'un appel à candidatures. La stratégie pour assurer le déploiement des dispositifs d'aller-vers étiquetés « Ségur de la Santé » à l'échelle francilienne, est la mise en place concomitante :

- D'un appel à projets, pour les créations d'établissement ex nihilo (EMSP et ESSIP) ;
- D'un appel à candidatures, pour les extensions portées par un établissement existant (LHSS mobile/de jour et ACT HLM).

## 2- OBJECTIFS FRANCILIENS

L'objectif est de créer en Île-de-France un dispositif global d'aller-vers permettant d'améliorer significativement l'accès aux soins et à la prévention et la prise en charge de personnes en grande précarité, quelle que soit la situation administrative de ces personnes, dit « dispositif régional en faveur de la santé des personnes très défavorisées ou sans domicile ».

Il s'agit notamment de proposer un accompagnement temporaire et global, médical, psychologique et social, permettant l'accès et le maintien des soins, des personnes très démunies éloignées du système de santé. De plus, l'intégration (ou la réintégration) au sein du droit commun des publics bénéficiaires doit être un des objectifs phares de ces dispositifs.

En particulier de :

- Venir en appui aux structures du secteurs AHI confrontées à des situations de personnes éloignées du système de santé ;
- Initier ou permettre la poursuite d'un accompagnement dans le secteur AHI ou dans tout autre lieu d'hébergement où se trouvent ces personnes (y compris l'habitat informel) ;
- Eviter les ruptures de prise en charge ou en limiter les conséquences, et faciliter la continuité des parcours de soins.

Par la constitution ou la pérennisation d'équipes médico-psycho-sociales pluridisciplinaires incluant obligatoirement des professionnels de santé (travailleurs sociaux, psychologues, médiateurs sanitaires, pouvant venir en complémentarité au sein de l'équipe ou via des partenariats).

Ces équipes doivent intervenir en cas de situations sanitaires et sociales complexes sur les lieux de vie et/ou d'hébergement/logement de personnes en situation de grande précarité, sur un territoire défini.

Dans tous les cas, l'intervention doit comprendre une dimension sanitaire (médicale ou infirmière) et une dimension sociale (travail d'ouverture de droits et de liaison avec l'accompagnement social), avec les adaptations nécessaires selon le public visé. La médiation en santé doit être prévue, pour les situations le nécessitant.

Pour l'Île-de-France, l'objectif est de définir un cadre lisible, organisé, structuré afin de proposer une réponse adaptée à l'ensemble des besoins, avec une allocation de ressources maîtrisée, pour la santé des personnes hébergées au sein des structures du secteur AHI et des personnes en situation de rue ou résidant dans des squats, campements ou bidonvilles.

### **Population cible**

Les personnes concernées sont :

- Personnes vivant à la rue, en campements ou dans des bidonvilles ;

- Personnes vivant en dispositifs d'hébergement (CHU, CHR, hôtels sociaux, hébergements transitoires collectifs, etc...) ou relevant du droit d'asile (CAES, CADA, HUDA...);
- Les personnes résidant en FTM ou en résidences sociales non transformées ;
- Et tout autre type de conditions de vie ou de problématiques de santé publique dont l'Agence Régionale de Santé estimerait qu'elle justifie la mise en place d'une stratégie d'aller-vers sanitaire.

Parmi les besoins spécifiques identifiés en Île-de-France, une attention sera portée à certains publics :

- Personnes sans chez soi avec pathologies chroniques, notamment présentant un handicap et/ou en perte d'autonomie importante et/ou vieillissantes ;
- Femmes enceintes et femmes avec des nourrissons et des jeunes enfants sans solution d'hébergement ou en abri/logement précaire/en CHU.

### **Critères spécifiques**

Dans le cadre de cet appel à projets et de l'appel à candidatures, les EMSP et LHSS mobiles sont privilégiées par rapport aux LHSS de jour, l'objectif étant d'avoir la couverture territoriale la plus importante possible, notamment dans les zones jugées prioritaires.

L'objectif de cet AAP est d'avoir des EMSP et ESSIP non spécialisées, à destination des populations citées précédemment dans leur ensemble. Cependant, l'Agence souhaite la mise en place d'une ou de plusieurs EMSP spécialisées en périnatalité et/ou santé du jeune enfant, en complément des dispositifs actuellement existants sur le plan sanitaire (PMI, LHSS mineurs...) et en appui aux dispositifs d'hébergement ouverts ou en cours de création. Cette ou ces EMSP spécialisées en périnatalité devront avoir un périmètre d'intervention départemental ou bi-départemental, afin que l'ensemble des zones couvertes par ces équipes recouvrent l'Île-de-France dans sa totalité.

Les besoins d'équipes spécialisées en santé mentale sont couverts par les EMPP par ailleurs renforcées et ne relèvent donc pas de cet appel à projets.

De même, les besoins d'équipes mobiles des CSAPA ou des CAARUD ne sont pas concernés par le présent appel à projets.

Enfin, les actions de prévention et de soins portées par un acteur dont les démarches hors les murs et à domicile ont vocation à faire partie du droit commun ne relèvent pas du présent appel à projets.

## **3- CALENDRIER**

Le candidat devra présenter un calendrier prévisionnel du projet précisant les jalons clés et les délais vers la mise en place opérationnelle de l'équipe mobile en précisant une date prévisionnelle de démarrage.

Le délai avant la mise en place opérationnelle de l'équipe mobile ne peut être supérieur à 4 mois.

## 4- TERRITOIRE D'INTERVENTION ET ZONE PRIORITAIRE

Dans son périmètre d'intervention, l'opérateur s'engage à intervenir quelle que soit la nature du lieu de vie des bénéficiaires (logement, hébergement en structure sociale, hôtel, habitat informel, rue).

Chaque département a ses spécificités, en termes de populations présentes sur son territoire mais aussi de moyens disponibles pour répondre aux besoins identifiés (centre hospitalier, professionnels de santé libéraux, association...). Ces différents encarts de présentation des départements franciliens prennent en compte l'intégralité des dispositifs étiquetés « aller-vers », issus de la mesure 27 du Ségur de la Santé.

Toute l'IDF est concernée par l'AAP mais seront privilégiés les projets d'intervention couvrant les zones prioritaires identifiées au sein de la Grande-Couronne et les territoires de petite couronne où la couverture des besoins n'est pas suffisante :

### ***Pour la Seine-et-Marne (77) :***

#### *1. Descriptif général du territoire et des publics présents sur celui-ci*

Représentant près de la moitié de la superficie de l'Île-de-France et comptant une population de 1.4 M d'habitants, le département de Seine et Marne se caractérise par :

- Une forte hétérogénéité de la répartition des populations :
  - o Le Nord : zone la plus peuplée, desservie par les transports interurbains, limitrophe du 94 et du 93. Ce territoire concentre une grande partie des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sans toutefois offrir une réponse proportionnée aux besoins.
  - o L'Ouest : zone urbaine en plein développement, desservie par la SNCF et un réseau autoroutier, et zone d'implantation de la préfecture et de nombreuses administrations. Ce secteur comprend nombre d'établissements d'hébergement du secteur de l'asile et le CAES.
  - o Un large croissant étendu du nord au sud de l'est du département : zone marquée par la ruralité, la faiblesse de la desserte vers la Petite Couronne avec des zones très enclavées, un déficit majeur d'offre de soins ambulatoires et un secteur sanitaire fragile. Le secteur AHI y est certes moins dense que dans le secteur de Melun et du nord-ouest, mais cet environnement défavorable rend les prises en charges plus complexes.
  
- Un réseau limité de transports intra-départementaux rendant les déplacements entre les différents secteurs difficiles et imposant de recourir à des moyens de transports motorisés individuels. Par ailleurs, l'étendue du territoire allonge les temps d'intervention des équipes ;
- Des difficultés de recrutement particulièrement marquées dans le secteur sanitaire et encore plus dans le secteur médico-social ;
- Un taux global de pauvreté certes inférieur à la moyenne nationale de 11,6% mais cachant de grandes disparités ;

- Le département comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2021 près de 10 000 personnes en situation de précarité logées en hébergement social du secteur généraliste (majoritairement en hôtels sociaux, CHU/abris de nuits, CHR) ou du secteur de l'asile (CAES, HUDA/CADA). Par ailleurs, plus de 40% des demandes d'hébergement 115/SIAO 77 restent encore non pourvues, impliquant ainsi un nombre important de personnes restant sans solution d'hébergement. Aussi depuis 2020, la proportion de campements (squats, bidonvilles) regroupant des familles majoritairement issues de pays hors Union Européenne, souvent demandeurs d'asiles, originaires de Moldavie ou d'Ukraine a augmenté considérablement. Ce d'autant que le département offre encore des possibilités d'installation. Les structures d'hébergement et lieux de vie informels sont davantage présents sur les zones urbanisées et se concentrent autour des plus grandes villes du département : Meaux, Melun et le secteur de Marne-la-Vallée. Il existe par ailleurs un déplacement progressif des populations les plus pauvres vers la Grande Couronne.

## 2. *Détail des zones d'intervention prioritaire, par dispositif*

### *EMSP/LHSS mobiles*

Les zones d'intervention prioritaires des EMSP identifiées par EPCI sont :

- Le secteur Paris Vallée de la Marne ;
- Le secteur du Pays de Meaux ;
- Le secteur de la CA Coulommiers ;
- Le secteur de la CAMVS, Grand Paris Sud (pour sa partie Seine et Marnaise) ;
- Le secteur de Montereau ;
- Le territoire nord de Moret Seine et Loing ;
- Le secteur de Nemours ;
- Le secteur de Porte Briardes ;
- Le secteur de Provins.

Les EMSP retenues devront aussi être en capacité de répondre aux demandes d'intervention de l'ARS, en particulier pour mener des actions de santé publique collectives (vaccinations, dépistages) sur le secteur du Provinois.

### *ACT HLM*

Il est attendu que le dispositif réponde prioritairement au besoin du territoire de coordination sud.

### *ESSIP*

Aucun territoire du département n'est priorisé.

### ***Yvelines (78) :***

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

## 1. *Descriptif général du territoire et des publics présents sur celui-ci*

Avec une population de 1.45 millions d'habitants, représentant 11.8% de la population francilienne, le département des Yvelines se caractérise par une grande hétérogénéité territoriale, mesurée notamment par son indice de développement humain : territoires ruraux, territoires urbains, territoires riches et poches de pauvreté plus marquées, importants quartiers prioritaires politique de la ville.

Tous les publics ciblés dans cet appel à projets sont présents sur le territoire des Yvelines, et les données (source : SIAO 78 et DDETS 78) font état de :

- Une forte sollicitation du 115 ;
- Un nombre conséquent de bidonvilles recensés (8 à ce jour) ;
- 2939 places en hébergement généralistes pérennes (hôtels, CHRS urgence, stabilisation et insertion, CHU) et une cinquantaine de structures de types CHRS et CHU ;
- 2856 places pour le dispositif Asile (HUDA, CADA, ...), réparties sur une vingtaine de structures.
- 19 aires d'accueil pour gens du voyage représentant près de 300 emplacements pour le stationnement d'une ou plusieurs caravanes d'une même famille, l'on dénombre plusieurs campements illicites (représentant plus de 600 stationnements).

L'accompagnement global, médical, psychologique et social, permettant l'accès et le maintien des soins se fait avec des niveaux variables selon le type de publics et selon les territoires. Certaines populations parmi les plus démunies ne sont pas ou très peu accompagnées : les personnes à la rue, en bidonville et campement, en AHI ainsi que les femmes enceintes et/ou avec enfants en bas âge sans domicile.

## 2. *Détail des zones d'intervention prioritaire, par dispositif*

### *EMSP/LHSS mobiles*

Les EMSP doivent répondre à l'objectif d'une couverture départementale.

### *ACT HLM*

L'organisation cible doit répondre préférentiellement à l'objectif d'une couverture départementale.

### *ESSIP*

Seront privilégiés les projets d'intervention au sein de deux territoires identifiés, où la couverture des besoins n'est pas optimale :

- L'un allant du Mantois à Sartrouville selon un axe ouest-est ;
- L'autre dans le centre-est, englobant certaines communes de Versailles Grand Parc, de Saint-Quentin-en-Yvelines (et une aire d'accueil pour gens du voyage à Rambouillet).

### **Essonne (91) :**

#### *1. Descriptif général du territoire et des publics présents sur celui-ci*

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

Avec une population de 1.32 millions d'habitants, représentant 10.8% de la population francilienne, le département de l'Essonne se caractérise par une grande hétérogénéité territoriale : territoires ruraux, territoires urbains, territoires riches et poches de pauvreté plus marquées, importants quartiers prioritaires politique de la ville.

Tous les publics ciblés dans cet appel à projets sont présents sur le territoire de l'Essonne, et les données (source DDETS 91) font état de :

- Une forte sollicitation du 115 ;
- Un nombre conséquent de bidonvilles recensés (8 à ce jour) ;
- 1540 places d'hébergement d'urgence
- 6656 places en hébergement social réparties sur 86 structures dont 3145 gérées par le SIAO 91 ;
- 2358 places pour le dispositif Asile (HUDA, CADA, ...).
- 22 aires d'accueil pour gens du voyage représentant près de 409 emplacements pour le stationnement d'une ou plusieurs caravanes d'une même famille, l'on dénombre plusieurs campements illicites.

L'accompagnement global, médical, psychologique et social, permettant l'accès et le maintien des soins se fait avec des niveaux variables selon le type de publics et selon les territoires. Certaines populations parmi les plus démunies ne sont pas ou très peu accompagnées : les personnes à la rue, en bidonville et campement, en AHI ainsi que les femmes enceintes et/ou avec enfants en bas âge sans domicile.

## *2. Détail des zones d'intervention prioritaire, par dispositif*

L'organisation cible doit répondre à l'objectif d'une couverture départementale, pour l'intégralité des dispositifs.

Cependant la densité de peuplement étant très inégale sur le territoire départemental (avec une concentration forte au nord-est, autour du chef-lieu départemental et des axes majeurs, une densité légèrement moindre au nord-ouest, exception faite des pôles urbains de Massy, Longjumeau et Les Ulis, et une densité faible dans une large moitié sud, où les communes conjuguent vaste territoire et faible population, Étampes jouant là le rôle de pôle urbain), la couverture du sud de l'Essonne sera évaluée principalement par la capacité de déploiement d'EMSP, la couverture du nord de l'Essonne par la capacité de déploiement d'ESSIP.

### **Val-d'Oise (95) :**

#### *1. Descriptif général du territoire*

Avec une population de 1,237 millions d'habitants, le Val-d'Oise se caractérise par de fortes disparités territoriales avec des territoires ruraux et des territoires urbains, des poches de pauvreté surreprésentées sur l'est du département avec 41 Quartiers Politique de la Ville, 17 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et un taux de bénéficiaires du RSA variant de 2.3 % à 11.2 %.

Tous les publics ciblés par cet appel à projets sont présents dans le département et génèrent des demandes importantes d'hébergement, des interventions régulières dans le cadre de maraudes (dont une maraude mixte en direction des campements et bidonvilles) ainsi que des accueils de jour et de nuit constants.

Par ailleurs, les données de la DDETS font apparaître une offre déjà bien structurée sur le territoire comptant:

- 1619 places d'hébergement d'urgence tout confondus
- 276 places d'accueil de jour et abris de nuit
- 239 places d'hôtel
- 692 places HUDA et 655 places CADA
- 517 places dans les aires de gens du voyage et 26 sites de campements illicites hébergeant 1069 personnes.

## 2. *Détail des zones d'intervention prioritaire, pour chacun des dispositifs*

Pour chaque dispositif (EMSP - LHSS mobile - ACT HLM – ESSIP), seront privilégiés les projets d'intervention au sein des territoires suivants :

- La zone Est du Val-d'Oise, particulièrement marquée par la précarité avec des indicateurs socio-économiques défavorables et l'espérance de vie la plus faible d'Île-de-France.
- Le secteur du Vexin et le nord du département, en raison de transports en commun peu fréquents et d'absence de dispositifs pouvant répondre aux besoins.

Cependant, l'objectif n'est pas de couvrir exclusivement ces zones jugées prioritaires. Les projets devront prendre en compte dans leur description des zones d'intervention pouvant aller jusqu'au département dans son ensemble.

Concernant les départements de la Petite Couronne et de Paris :

### ***Seine-Saint-Denis (93) :***

#### *1. Descriptif général du territoire et des publics présents sur celui-ci*

Avec une population de 1.63 millions d'habitants, représentant 13.4% de la population Francilienne, le département de la Seine-Saint-Denis est un territoire socialement hétérogène mais globalement défavorisé avec :

- Un indice de développement humain le plus faible d'Île-de-France, avec au nord un territoire très largement concerné par la politique de la ville ;
- Un habitat indigne avec de nombreuses pathologies accentuées, voire provoquées par un habitat dégradé ;
- Une espérance de vie inférieure à la moyenne régionale, avec un taux de mortalité infantile et prématurée évitable supérieur aux moyennes régionales et une surmortalité marquée liée à la COVID-19.

Le département connaît des densités de médecins par habitant parmi les plus faibles de France.

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

Les données suivantes issues du bilan de la plateforme SIAO 93 entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> juin 2021 permettent de mieux définir le public de Seine-Saint-Denis faisant appel au 115.

Nombre de personnes distinctes ayant fait appel au 115 dont nombre de femmes enceintes et nombre de Femmes Victimes de Violences ;	7397 personnes dont 235 femmes enceintes et 316 Femmes victimes de violences
Nombre de demandes non pourvues ;	28410 en nombre de demandes et 4994 personnes différentes
Nombre de structures d'hébergement et nombre de logements adaptés ;	88 structures d'hébergement pour 3651 places 14 pensions de famille/RA : 320 places.
Nombre d'accueils de jour et de maraudes ;	16 accueils de jour (en comptant les bénévoles), 8 maraudes
Nombre de personnes rencontrées par les maraudes.	2002 personnes différentes (1596 ménages différents) rencontrées par les EMA régulées par le SIAO 93 du 01/01/21 au 30/06/21

Par ailleurs :

- Le public à la rue sollicitant le 115-93 se situe majoritairement dans la tranche d'âge 30-49 ans et souffre principalement de maladies chroniques et de pathologies d'origine psychique ;
- Environ 3 600 personnes vivent dans des lieux de vie et habitats de fortune.

Le département est actuellement divisé entre une zone ouest avec la présence d'une majorité de dispositifs (les LAM, LHSS et ACT du département sont situés à Saint-Denis, Saint-Ouen, Montreuil, Villemomble et Gagny), en adéquation avec la répartition des structures d'hébergement, majoritairement situées dans sur les mêmes territoires. Cependant, cela conduit à une zone non-couverte, située dans le nord-est du département. De plus, un travail de rééquilibrage des zones d'implantation est en cours avec le SIAO 93.

De ce fait, aucune zone du département n'est priorisée pour l'implantation des dispositifs étiquetés « Ségur de la Santé », l'ensemble de celui-ci présentant des besoins, bien que différents selon les territoires.

**Paris (75) :**

Paris (2 175 601 personnes soit 18% de l'IDF) se distingue par des inégalités sociales et territoriales très fortes, un taux de bénéficiaires du RSA, de la CSS, complémentaire santé solidaire et de l'AME plus élevé qu'à l'échelle nationale, principalement dans le nord-est parisien, et par la présence sur l'ensemble du territoire d'un nombre significatif de personnes en situation de très grande précarité.

Au regard, le nombre de places d'hébergement dites AHI, accueil hébergement insertion est très important et dépasse 25 000 (accrues en 2021 en réponse à la crise sanitaire) auxquels s'ajoutent 200 places d'ACT plus "Un chez soi d'abord" de 90 places plus 210 places de LHSS et 24 places de LAM.

Les EMPP parisiennes créées il y a déjà deux décennies ont une file active conséquente et ont bénéficié de crédits Ségur supplémentaires en 2021 pour 34% de l'enveloppe francilienne et desservent tout le territoire parisien.

La densité d'acteurs présents sur le territoire parisien va conduire principalement à la pérennisation des dispositifs déjà existants, notamment pour les EMSP, les LHSS mobiles et de jour.

### ***Hauts-de-Seine (92) :***

Les Hauts-de-Seine comptent 1 619 120 habitants (soit 13% des personnes résidant en IdF). De nombreuses enquêtes réalisées auprès des structures d'hébergement montrent que les équipes se retrouvent fréquemment en difficulté dans la prise en charge des personnes présentant des problématiques de santé. En effet, ces établissements ne disposent généralement pas de professionnels de santé pouvant réaliser une première évaluation médicale ou paramédicale avant une orientation vers les structures spécialisées.

Plus particulièrement, les opérateurs sont souvent démunis lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques psychiatriques du fait du déni fréquent des usagers, mais également des obstacles constatés pour l'accès aux dispositifs de prise en charge. La santé des femmes, des femmes enceintes et des enfants est également un enjeu important compte tenu du nombre de personnes hébergées chaque jour par le 115, notamment à l'hôtel. Environ 4 400 personnes sont mises à l'abri à l'hôtel par le SIAO 92 dont un peu plus de la moitié concerne des enfants. La question des conduites addictives est aussi à prendre en compte, avec des problématiques d'addictions parfois difficiles à appréhender malgré le maillage territorial des structures d'addictologie optimisé sur le territoire. Enfin, des problématiques de handicap et de perte d'autonomie sont également constatées chez les personnes en situation d'errance ou hébergées.

L'ensemble de ces préoccupations sanitaires se retrouve également dans les lieux d'hébergement informels (squats, bidonvilles) où la situation est encore plus complexe en raison de l'absence de professionnels permanents sur site.

En conséquence, les projets menés sur le département des Hauts-de-Seine dans le cadre de cet appel à projets devront être portés par des équipes mobilisables sur l'ensemble du département, et celles-ci devront disposer ou développer des partenariats locaux favorisant une meilleure prise en charge sanitaire des usagers. Ces dispositifs pourront ainsi venir en soutien tant aux équipes travaillant sur des lieux d'hébergement, mais également auprès des populations-cibles directement.

### ***Val-de-Marne (94) :***

#### ***1. Descriptif général du territoire et des publics présents sur celui-ci***

Le Val-de-Marne compte 1 396 913 habitants. On y dénombre 47 communes, 3 EPT et 42 quartiers prioritaires politique de la ville.

A l'image de la région Île-de-France, le Val-de-Marne est marqué par de fortes disparités. Ce département est très urbanisé mais conserve quelques espaces agricoles sur le versant du plateau de la Brie.

Le Val-de-Marne est le troisième département d'Île-de-France en termes de taux de pauvreté. Celui-ci atteint 16,6% en 2018, un niveau légèrement supérieur au niveau régional, mais dépasse 25% dans certains territoires, notamment dans certains quartiers situés sur l'axe Ivry-sur-Seine – Villeneuve Saint-Georges.

Les indicateurs sanitaires sont, comme pour l'Île-de-France, globalement favorables mais marqués par des inégalités certaines. A ce titre, des écarts importants sont observés en termes d'espérance de vie à la naissance entre territoires (Villeneuve-Saint-Georges : 77,1 pour les hommes à contre 81,6 à Saint-Maur et pour les femmes : 83,7 à Villeneuve Saint-Georges contre 87,2 à Saint-Maur<sup>5</sup>).

Sur le champ de la grande pauvreté, le Val-de-Marne compte un nombre croissant de personnes hébergées, vivant à l'hôtel, en squats, campements et bidonvilles.

On dénombre en 2021 :

- 13 000 places d'hébergement, soit plus de 2800 places supplémentaires depuis le début de la crise sanitaire avec la répartition suivante : 5500 places d'hébergement pérenne, 550 places hivernales et environ 7000 places mobilisées en hôtel, majoritairement pour des publics val-de-marnais.
- 14 campements/bidonvilles et 41 squats réunissant respectivement 828 personnes et 801 personnes soit environ 1630 personnes.

Les besoins de prise en charge de ces publics sur le champ sanitaire et social sont très importants tant sur l'accès au système de santé que sur la continuité des parcours de santé.

## 2. Détail des zones d'intervention prioritaire, par dispositif

### EMSP/LHSS mobile

- Zone prioritaire EMSP : Partie Ouest du département (EPT 12) avec une attention particulière pour des villes particulièrement dotées en structures d'hébergement (pérennes, structures d'asile, hôtels, campements/squats) : Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Choisy-le-Roi, Alfortville, Villeneuve-Saint-Georges et la zone de l'Aéroport de Paris Orly.
- Zone prioritaire LHSS mobile : Champigny-sur-Marne, Fontenay-sous-Bois, Bry-sur-Marne, Saint-Maur-des-Fossés et Villiers-sur-Marne.

### ACT HLM

- Zone prioritaire : Ouest du département : Ivry-sur-Seine, Vitry-sur-Seine, Villejuif, Kremlin Bicêtre, Chevilly-Larue et Créteil au centre du département.

---

<sup>5</sup> Source : CépiDc Insee, exploitation ORS - données période 2008/2013

## ESSIP

- Une couverture départementale est à privilégier.

## 5- FONCTIONNEMENT

Le projet détaillera de manière précise les modalités de fonctionnement de l'équipe mobile et de l'organisation des prises en charge individuelles, ainsi que les relais envisagés. Il exposera ses principes d'intervention et décrira le projet d'accompagnement.

Le candidat proposera les outils à mettre en place afin d'assurer le bon fonctionnement de l'équipe (règlement de fonctionnement, projet de service, gestion des dossiers, recueil des données).

### **Modalités de décision d'intervention/saisine**

Les équipes mises en place doivent pouvoir intervenir :

- De leur propre initiative, selon une stratégie définie dans le projet initial ;
- A la demande et en appui aux professionnels libéraux de santé du territoire d'implantation du dispositif ou de tout autre acteur de santé (centre hospitalier, DAC, CPTS, CLS, CLSM, notamment) ;
- A la demande des gestionnaires de lieux d'hébergement ou des 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 (opérations de mise à l'abri).

La régulation du déclenchement des interventions autres que d'initiative propre sera prévue dans un second temps, soit à l'échelle départementale, soit à l'échelle régionale. L'équipe s'engage à s'intégrer dans le système de régulation mis en place ultérieurement.

### **Prestations attendues et modalités d'admission**

Les prestations attendues et les modalités d'admission peuvent varier selon le type de dispositif proposé ou le public-cible. Le candidat proposera une liste de prestations (sanitaires et sociales) et les modalités d'admission de son dispositif, en regard du cahier des charges.

Un plan de soins est mis en place précisant les objectifs de la prise en charge, sa durée prévisible et les partenariats mobilisés. Il est révisé dès que besoin.

Les équipes devront aussi avoir un rôle d'information auprès des publics pris en charge et/ou rencontrés au cours de leur mission, notamment concernant l'accès aux soins dans le dispositif de droit commun.

### **Durée de l'accompagnement individuel**

La prise en charge par l'équipe mobile est temporaire. La durée de l'accompagnement devra être définie en lien avec le patient, sur la base du projet individuel et des possibilités de relais à d'autres structures présentes sur le territoire, et précisées lors de la convention passée avec la structure AHI le cas échéant. La durée maximale d'accompagnement est variable selon les dispositifs et sera précisée dans le cahier des charges, pour ceux qui le nécessitent.

### **Amplitude d'ouverture**

Les EMSP fonctionneront les jours ouvrables de la semaine, à minima du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Les équipes pouvant intervenir le week-end, y compris sur appel d'une astreinte, seront privilégiées.

Les ESSIP sont soumises à la continuité des soins et devront avoir un mode de fonctionnement étendu du lundi au dimanche, jours fériés inclus.

### **Ressources Humaines :**

Le projet décrira précisément la composition de l'équipe mobile. La composition minimale, variable selon le type de dispositif, sera détaillée dans le cahier des charges.

Si le candidat est gestionnaire d'autres structures ou services, la mutualisation de moyens en personnels devra être recherchée et valorisée (notamment pour les fonctions support) et pourra également être mise en œuvre par voie de partenariat.

Devront être transmis :

- Le tableau des effectifs en ETP par qualification et emploi (salariés, mis à disposition, libéraux, intervenants extérieurs...);
- Un organigramme prévisionnel ;
- Les données sur la mutualisation de certains postes avec d'autres structures et les modalités de mise en œuvre ainsi que de leurs financements ;
- Le planning hebdomadaire type et le cas échéant, les modalités relatives aux astreintes ;
- Les modalités de remplacement des personnels en cas d'absence ;
- Le calendrier relatif au recrutement ;
- Les modalités de supervision des pratiques professionnelles et de soutien de l'équipe pluridisciplinaire.

Les modalités de management, de coordination et de fonctionnement de l'équipe devront être précisées (organisation du travail, partage de l'information, outils de travail...).

Le plan de formation des professionnels sera fourni à l'appui du projet. Il sera adapté aux particularités des missions d'une équipe mobile médico-sociale et aux problématiques des publics accueillis (pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques...)

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

La convention collective dont dépendra le personnel sera précisée.

### **Partenariats et coopérations à décrire pour chaque territoire d'intervention :**

Le partenariat devra être particulièrement développé pour les équipes mobiles, notamment du fait de la nécessaire articulation à mettre en place avec les services d'accompagnement social et autres structures du secteur AHI assurant le suivi éventuel des personnes. Il s'agit de permettre une articulation et une complémentarité et d'éviter toute forme de redondance. Par ailleurs des liens avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire d'intervention sont aussi indispensables pour inscrire les parcours de santé vers le droit commun.

Ces partenariats devront notamment être mis en œuvre entre les différentes équipes mobiles déployées dans le cadre du Ségur de la Santé (EMSP, ESSIP, ACT HLM, LHSS mobile ou de jour) mais aussi avec l'ensemble des dispositifs d'aller-vers déjà présents sur le territoire : EMPP, PASS mobiles... Ces dernières sont situées dans plusieurs départements franciliens (77, 78, 91, 93, 95), dont l'une ayant une vocation pluri-départementale.

Préalablement au démarrage du fonctionnement de l'équipe, une démarche de concertation devra être initiée avec l'ensemble des partenaires concernés.

Dans ce cadre et sur chaque territoire d'intervention, le projet identifiera les partenariats et les modes de coopération envisagés, notamment avec :

- Les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ;
- Les structures sanitaires, de santé mentale et d'aide contre les addictions ;
- Les structures médico-sociales ;
- Les structures sociales et d'insertion ;
- Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).

L'ensemble des partenariats et coopérations envisagés sont à décrire dans le projet :

- Identification des partenaires ;
- Modalités opérationnelles des collaborations ;
- Etat d'avancement de leur formalisation à la date du dépôt du projet ;
- Transmission le cas échéant du (des) projets(s) de conventions(s).

Un projet de convention entre l'équipe mobile et les établissements du secteur AHI auprès desquels elle sera amenée à intervenir sera joint au dossier.

D'autres éléments de coopération (conventions signées, ou à défaut lettres d'intention, protocoles...) pourront être utilement joints au projet.

Par ailleurs, dans la perspective d'un découplage des secteurs et d'une meilleure interdisciplinarité, l'Agence souhaite favoriser des pratiques d'alliance entre un porteur du champ médico-social et un acteur du champ de la médiation. Ce type de démarche devra se traduire par une contractualisation préalable, et pourra par exemple prendre la forme d'une coopérative d'acteurs.

### **Cohérence financière du projet**

Le dossier financier comportera :

- Le budget de fonctionnement en année pleine de l'équipe mobile ;
- L'activité prévisionnelle annuelle en actes (un acte équivalant à une demi-journée d'intervention) ;
- Le programme d'investissements prévisionnel éventuel (nature des opérations, coûts, modes de financement et planning de réalisation) ;
- Un tableau précisant les incidences du programme d'investissements sur le budget de fonctionnement.

#### Pour les EMSP :

Le budget annuel de fonctionnement d'une EMSP (y compris le financement du personnel) devra être compris entre 200.000€ et 250.000 euros.

Ce budget pourra être complété par redéploiement de crédits internes.

#### Pour les ESSIP :

Le coût à la place par an d'une ESSIP devra être compris entre 14.000€ et 17.000€.

Une ESSIP ne pourra pas avoir plus de 20 places financées dans le cadre de cet appel à projets.

### **Modalités d'autorisation, d'évaluation et de suivi**

L'autorisation sera accordée pour une durée de 15 ans, à l'instar d'autres créations d'établissement ou de service médico-social.

Le candidat présentera les modalités d'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers. Dans cette perspective, il communiquera, dans son dossier de candidature, les critères et les indicateurs permettant d'évaluer d'ores et déjà l'impact de son projet en termes quantitatifs et qualitatifs.

A terme, chacune des équipes concourant au dispositif régional et territorial devra contribuer à la mise en place d'un système d'information permettant de suivre les besoins des publics concernés, le niveau de réponse apportée, et de contribuer à l'évaluation de l'action globale. Ce rendu-compte quantitatif et qualitatif sera construit sur la base d'indicateurs communs à l'ensemble des opérateurs. Ces indicateurs ne comprennent évidemment aucune donnée nominative relevant du secret médical ou professionnel.

## **Annexe 3 : Cahier des charges technique**

### **1. Les Equipes mobiles santé précarité**

#### **1.1 Définitions**

##### **Les Equipes mobiles santé précarité**

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

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

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

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

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

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

#### **1.2. Activités et missions principales de ces dispositifs**

##### **Les Equipes mobiles santé précarité**

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

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

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

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

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.

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) et en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mise en place au sein des structures suivantes ;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil: accueils de jour, Centres Communaux d'Actions 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, sortant de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-social ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...).

#### 1.3.2. Composition de l'équipe

##### Les Equipes mobiles santé précarité

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

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

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

Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima :

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

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

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

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

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

Un temps d'interprétariat sera idéalement prévu, en fonction des publics accompagnés et des ressources mobilisables.

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

### 1.3.3. Modalités d'intervention des EMSP

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

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

Les EMSP peuvent intervenir :

- De leur propre initiative, dans un périmètre géographique identifié dans le projet d'établissement ;

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

- 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 validée par elle, qu'il s'agisse d'interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d'urgence.

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

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

#### 1.3.4. Durée de la prise en charge

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

Dans le 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

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.

#### 1.3.6. Coopération et partenariat

##### Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification

Dans la limite des missions définies dans le cadre du projet d'établissement, les équipes mobiles santé précarité doivent veiller à l'articulation et à la complémentarité avec les dispositifs existants, en particulier les dispositifs mobiles s'adressant aux publics précaires ou en situation de grande exclusion (PASS mobiles, Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité, ACT « hors les murs », maraudes sociales, CAARUD, CSAPA, EMPP, etc.).

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

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

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

#### Articulation avec le SIAO

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

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

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

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

#### 1.7. Le financement de la structure

Les EMSP sont financées par une dotation globale estimée sur la base de la composition de l'équipe, du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux de ces personnes, dont les situations sont complexes et les prises en charge souvent chronophages.

#### 1.8. Evaluation et indicateurs de suivi

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

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

Pour les EMSP, ce peut être par exemple :

- Nombre de « rencontres » des EMSP : nombre de prises en charge au cours d'une plage d'activité (file active permettant de dimensionner la taille des équipes et de délivrer l'autorisation de fonctionnement) ;
- 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'ouvertures de droits réalisées (à détailler : démarches entreprises et pour quel(s) droit(s) , relances, envois de pièces), accompagnement(s) physique(s), ... ;
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont le SIAO ;
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées ;
- Périmètre d'intervention ;
- Public cible ;
- Distance kilométrique parcourue.

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

### 2.2. 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 dans leur champ de compétences et organisent le travail de l'équipe ;
- **D'aides-soignants** qui dispensent les soins de base et relationnels.

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

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

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

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

### 2.2.3. 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 HAD.

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

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

### 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 projets.

Peuvent candidater à cet appel à projets des structures issues du champ social ou médico-social, notamment les gestionnaires d'un service relevant du 6° ou 7° du I du L312-1 du CASF (ex : SSIAD).

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

Avis d'appel à projets pour la création d'Equipes Mobiles Santé Précarité et d'Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité en Île-de-France - 2021

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

Le territoire d'intervention de l'ESSIP 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. Droits de l'utilisateur

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

Le livret d'accueil

Le règlement de fonctionnement

Le document individuel de prise en charge

Le mode de participation des usagers (conseil de vie sociale, questionnaire de satisfaction...)

Un document garantissant la promotion de la bientraitance des usagers

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra prendre en compte les **recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM**. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de la HAS<sup>6</sup>.

#### 2.2.7. Coopération et partenariat

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

**Le recours à des médecins prescripteurs de l'ESSIP doit être prévu par les porteurs de projet**, en raison du nombre important de personnes en situation de précarité ne disposant pas de médecin traitant. En effet, les constats réalisés auprès des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité, déjà créées en Hauts-de-France ont mis en évidence qu'un nombre important de personnes en

---

<sup>6</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2836921/fr/lesrecommandations- de-bonne-pratique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836921/fr/lesrecommandations- de-bonne-pratique)

situation de précarité ne disposait pas d'un médecin traitant (de l'ordre du tiers). Aussi, une attention particulière devra être portée, dès la formalisation d'un projet d'ESSIP, au partenariat avec les médecins prescripteurs de l'intervention de l'ESSIP (médecins de ville, hospitaliers, dispositif assurance maladie...).

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

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

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

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

#### 2.2.8. 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 projets 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.

#### 2.2.9. Evaluation et indicateurs de suivi

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