#### **ANNEXE 1: CAHIER DES CHARGES**

# I. ELEMENTS DE CONTEXTE

#### A. Contexte national

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

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

En 2020, le Ségur de la Santé a permis d'engager un large débat sur notre système de soins. Les conclusions du Ségur ont porté sur 33 mesures notamment la mesure 27 relative à la lutte contre les inégalités de santé. Cette mesure détaille un certain nombre de propositions, dont une relative « aux démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles ».

Le Ségur de la santé a ainsi 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 (EMSaP);
- 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).

Ces dispositifs visent à toucher les publics les plus exclus socialement, souvent sans suivi médical ou avec des parcours de soins marqué par de nombreuses ruptures de prise en charge, et dont les parcours de vie exigent un accompagnement rapproché, au plus près de leur lieu de vie, s'inscrivant dans un temps suffisamment long afin de permettre une accroche et une réintégration progressive dans un parcours de soins, ainsi qu'une interconnexion forte des champs sanitaires et sociaux.

La mesure 27 du Ségur a également prévu le renforcement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), en leur demandant notamment d'accentuer leurs actions d'aller-vers, ainsi que des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des consultations avancées d'addictologie dans les structures d'hébergement d'urgence.

#### B. Contexte régional

La Réunion est un territoire particulièrement marqué par la précarité: près de 40% de la population réunionnaise vit sous le seuil de pauvreté et près de 15% de la population, soit 120 000 personnes, est en situation de grande pauvreté, c'est-à-dire souffrant d'une pauvreté monétaire intense (niveau de vie inférieur à 50% du niveau de vie médian) et de privations matérielles et sociales sévères (INSEE, Pauvreté à La Réunion, juillet 2022).

Selon le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre, il y aurait également plus de 100 000 personnes mal-logées, dont environ 1 000 personnes à la rue, près de 40 000 personnes en hébergement précaire, 30 000 en habitat indigne et 30 000 en habitat surpeuplé.

Or, dans sa publication de juillet 2022, l'INSEE fait un lien entre grande pauvreté, mal-logement et état de santé dégradé.

Les observations menées par les différents acteurs de terrain réunionnais et faites auprès de personnes vivant à la rue, dans des logements informels (squats, bidonvilles ...) ou dans les structures d'hébergement et d'insertion, font également état d'une corrélation entre mal-logement et état de santé dégradé. En 2020, l'association Médecins du Monde a mené un diagnostic de terrain sur la thématique santé-habitat; depuis 2021, la Croix-Rouge Française expérimente une équipe mobile santé-précarité sur le territoire Est et son premier rapport d'activité a pu livrer des données concordantes. Il en ressort les constats suivants :

- Un état de santé plus dégradé avec une fréquence plus élevée de pathologies d'ordre traumatique, dermatologique et orthopédique (liée notamment aux conditions de vie à la rue);
- Une prévalence plus élevée de pathologies chroniques (2/3 des personnes investiguées contre 2/5 dans la population générale de l'île), sachant qu'elles n'étaient pas toujours diagnostiquées avant l'évaluation de leur état de santé ;
- Une forte prévalence de troubles psychiques ;
- Une forte présence d'addictions, avec des troubles psychiques et/ou neurologiques associés ;
- Un faible recours à la médecine de proximité et peu voire pas du tout de suivi de prévention, la précarité de l'hébergement rendant difficile l'inscription dans un réseau de soins ;
- Une difficulté à suivre les traitements et à maintenir un suivi régulier.

En parallèle, on constate au sein des structures d'hébergement d'urgence et d'insertion des besoins importants en matière de santé, et une vraie difficulté d'intégration des personnes accompagnées dans des parcours de soins.

Pour compléter cet état des lieux, une enquête flash a été réalisée auprès de l'ensemble des structures de l'AHI pour avoir une estimation des besoins en santé des personnes hébergées. Plus d'une dizaine de structures CHRS/CHAU hébergeant 800 personnes, et 5 Maisons Relais logeant 90 personnes ont répondu. Il en ressort les éléments suivants :

### Pour les structures d'hébergement :

- L'existence de besoins de santé tant dans les structures accueillant des familles que dans celles accueillant des personnes isolées ;
- 12% de personnes hébergées suite à une EVASAN mais finalement assez peu de personnes ayant encore besoin de soins ;
- 10% des personnes ayant un besoin de soins techniques infirmiers ou de surveillance dans la prise des médicaments;
- Moins de 5% des personnes ayant un besoin de soins de nursing. Pour autant, il s'agit souvent

des situations mettant le plus en difficulté les professionnels du social et nécessitant de ce fait une coordination médicale renforcée. Ce besoin concernerait une quarantaine de personnes ;

- 11% des personnes accueillies auraient besoin d'une prise en charge psychologique mais seraient dans l'incapacité de suivre des soins dans les centres médico-psychologiques de proximité.

#### Pour les Maisons Relais :

- Un besoin de soins bien plus important que dans les structures d'hébergement ;
- 53% des résidents ayant un suivi ou un besoin de soins infirmiers ;
- 25% ayant un besoin de soins de nursing;
- 10% ayant un besoin de coordination médicale renforcée, souvent en lien avec un vieillissement précoce ;
- 15% ayant un besoin de suivi psychologique (déjà en place pour un certain nombre de résidents).

Pour répondre aux besoins de ces personnes, l'Agence Régionale de Santé de La Réunion souhaite mettre en œuvre un dispositif territorialisé d'aller-vers reposant sur les structures suivantes :

### Sur les territoires Est/Nord/Ouest/Sud :

Une équipe mobile santé précarité (EMSaP) sur chacun des quatre micro-territoires, soit portée par une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), soit déployée dans le cadre des nouveaux dispositifs Ségur, afin d'améliorer l'accroche et de ramener vers le soin les personnes qui en sont exclues, en lien fort avec les maraudes sociales ainsi que les équipes spécialisées en santé mentale ou en addictologie. Ces quatre équipes principalement constituées d'infirmiers et de médiateurs en santé ont pour missions d'évaluer l'état de santé des personnes, leur faire prendre conscience de l'importance de s'inscrire dans un parcours de soins mais aussi de prévention, les accompagner dans ce parcours, voire réaliser des premiers soins sur un temps court le temps de construire l'alliance thérapeutique.

⇒ Sachant que les territoires Nord et Sud sont déjà couverts par des équipes portées par les PASS, le présent appel à projets prévoit la création de deux équipes mobiles santéprécarité pour couvrir les territoires Ouest et Est.

# ur les territoires Nord-Est/Ouest/Sud:

Des appartements de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs, ayant pour mission d'assurer la coordination médico-psychologique des personnes ayant des pathologies chroniques susceptibles d'être reconnues en tant qu'Affection Longue Durée (ALD), qu'elles soient hébergées par des structures de l'Accueil, Hébergement et Insertion (AHI), ou en logement (dont Maison Relais) mais avec un risque fort sur le maintien dans le logement du fait des vulnérabilités cumulées.

Ces personnes sont en effet dans une situation de vulnérabilité sociale et/ou psychologique qui peut affecter la bonne adhésion à leur parcours de soins. Par ailleurs, elles peuvent souffrir d'une certaine dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne qui peut être une vraie difficulté pour les professionnels du social. Les ACT hors les murs viennent donc en renfort des professionnels du secteur de l'AHI pour les aider à diagnostiquer les pathologies, à obtenir les certificats médicaux nécessaires à certains droits ou prestations (ALD, notifications MDPH ...) et à structurer une prise en charge globale. Les ACT hors les murs ne se substituent pas aux

<u>s</u>

professionnels de l'AHI dans l'accompagnement social des personnes.

Deux opérateurs déjà existants (Asetis et Rive) déploieront chacun 10 places d'ACT hors les murs afin de couvrir les territoires Sud et le Nord-Est.

⇒ Un appel à projets spécifique sera publié pour la création d'une offre d'ACT avec hébergement et hors les murs sur le territoire Ouest.

Des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) orientées sur la prise en charge des soins infirmiers techniques et relationnels, tant que le besoin est médicalement attesté. Ces équipes, qui s'apparentent à un SSIAD précarité, pourront être portées par des SSIAD, des LHSS, ou des ACT ayant également une mission d'ACT hors les murs.

Elles pourront intervenir directement dans les structures relevant du secteur AHI mais aussi dans les lieux de vie informel (campements, squats, bidonvilles ...). Elles peuvent également intervenir en logement de manière transitoire dans le cadre d'un parcours d'accès au logement d'une personne déjà suivie par l'équipe, le temps de stabiliser la personne dans son nouvel environnement.

⇒ Le présent appel à projets vise la création de trois équipes spécialisées de soins infirmiers précarité pour couvrir les territoires Nord-Est, Ouest et Sud.

Le déploiement concomitant de plusieurs dispositifs aux missions proches nécessitera une articulation forte des différents opérateurs. La capacité à nouer des partenariats et à travailler de concert avec les autres partenaires sera donc un critère clé dans la sélection des opérateurs.

# II. <u>ELEMENTS DE CADRAGE DES PROJETS</u>

#### A. Objet de l'appel à projets

Le présent appel à projets a pour objet la création de :

- 2 équipes mobiles santé-précarité (EMSaP)
  - L'une sur le territoire Est
  - L'une sur le territoire Ouest
- > 3 équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)
  - L'une sur le territoire Nord-Est
  - L'une sur le territoire Ouest
  - L'une sur le territoire Sud

Les candidats ne sont pas tenus de répondre à l'ensemble de l'appel à projets mais peuvent déposer un ou plusieurs projets, sur tout ou partie des territoires. Chaque projet devra faire l'objet d'un dossier de candidature.

Chaque candidat présentera un calendrier prévisionnel de son projet précisant les différentes étapes et les délais prévus jusqu'à la date d'ouverture.

Les projets retenus devront pouvoir être amorcés dès notification de l'autorisation et dans un délai

maximum de 4 mois.

# B. Cadrage des Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSaP)

#### **Publics cibles**

- Les personnes sans domicile fixe repérées par les maraudes sociales ou d'autres acteurs de première ligne (accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociaux, urgences, centres de santé, PASS ...) ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé, en situation de non demande ou dans l'incapacité de recourir seules au système de santé de droit commun;
- Les personnes en situation de grande précarité, 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 notamment propriétaires occupants ...), en situation de non demande ou dans l'incapacité de recourir seules au système de santé de droit commun;
- Les personnes résidant en Maison Relais et ayant un besoin renforcé d'accompagnement et d'éducation à la santé.

# Missions principales

- Evaluation de l'état de santé somatique et psychique des personnes ;
- Orientation et accompagnement (y compris physique) vers le système de santé de droit commun (médecin généraliste ou spécialiste) ou vers un dispositif spécialisé (de type LHSS, LAM, CSAPA, CAARUD, ACT, ou autre);
- Participation à des programmes de prévention individuelle vaccination ou dépistage ;
- Concours à des activités d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique ;
- Construction d'actions collectives de prévention-promotion de la santé;
- Délivrance de premiers soins, appui à l'hospitalisation si nécessaire.

Les équipes santé-précarité n'ont pas vocation à se substituer aux travailleurs sociaux des maraudes sociales ou des permanences d'accès aux soins de santé. Elles peuvent identifier des besoins en matière d'accompagnement social et aider à l'ouverture des droits ou à la réalisation de demandes d'hébergement ou de logement mais elles ne sont pas responsables du suivi social des personnes accompagnées

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

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 (en lien avec les Permanences d'Accès Aux Soins de Santé de leur territoire).

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

#### Composition de l'équipe

La composition de l'équipe 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 ETP infirmier;
- d'un temps médical à adapter en fonction des missions identifiées au sein de la structure et pouvant être mutualisé avec d'autres structures.

La présence d'un médiateur en santé sera recherchée.

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

- Psychologue;
- Pair aidant;
- Aide-soignant

L'équipe doit pouvoir s'appuyer sur un travailleur social (plutôt par convention) et avoir accès à une solution d'interprétariat.

#### Modalités d'intervention

Les EMSaP 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.

Les équipes mobiles santé précarité fonctionnent en continu sur l'année.

Elles peuvent prévoir des interventions en journée ou avec des horaires adaptés au public rencontré, chaque jour ouvrable ou quatre journées par semaine mais avec des temps d'intervention le week-end si cette temporalité permet de toucher certains publics, voire 7 jours sur 7.

#### Durée de la prise en charge

Les équipes mobiles santé précarité représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire, dont la durée d'accompagnement théorique est fixée à 2 mois renouvelables. Pour autant, la construction d'une alliance thérapeutique avec le public visé peut demander une temporalité plus longue.

Il convient néanmoins d'être vigilant à ce que des prises en charge durables et pérennes ne s'installent pas et à ramener les personnes vers les dispositifs adaptés de droit commun ou éventuellement vers les dispositifs spécialisés créés suite au Ségur de la Santé (notamment les Equipes Spécialisées de Soins

#### Infirmiers Précarité).

# Coopération et partenariat

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, 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, favoriser la complémentarité et 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.

#### Evaluation et indicateurs de suivi

Des indicateurs sont mis en place pour assurer un suivi de l'activité. A titre indicatif :

- Nombre de « rencontres » des EMSaP : 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 ;
- Distance kilométrique parcourue.

### C. Cadrage des Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP)

# **Publics cibles**

Les ESSIP s'adressent aux personnes en situation de grande précarité ayant un besoin de soins infirmiers techniques et/ou relationnels.

- Sont prioritairement concernées les personnes 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), Maisons Relais, etc ..., ainsi que les personnes vivant à la rue ou dans tout type de logement informel (en campement, en squat, en bidonville...);
- Peuvent être également concernés des personnes en logement, notamment pour des situations d'incurie dans le logement, associées à des problématiques de santé mentale ou de troubles de l'usage.

# Missions principales

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

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

Les ESSIP dispensent des soins infirmiers techniques et relationnels dans la durée aux personnes en situation de précarité. Elles apportent en outre une réponse en matière d'hygiène, de difficultés liées aux addictions ou encore d'inconstance dans la démarche de soins. Leur temps d'intervention est 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.

# Composition de l'équipe

Les ESSIP, dont la composition est inspirée de celle des SSIAD, 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 médicosociaux, 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.

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.

Le projet décrira précisément la composition de l'équipe.

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.

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...)

La convention collective dont dépendra le personnel sera précisée.

#### Modalités d'intervention

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

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, afin de proposer des réponses coordonnées et un parcours de soin adapté à l'évolution des besoins en soins de ces personnes.

#### 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.

## Coopération et partenariat

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.

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.

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.

Le projet identifiera les partenariats et les modes de coopération envisagés, notamment avec :

- Le Dispositif 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).

#### 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.

Par ailleurs, des indicateurs seront mis en place pour assurer un suivi de l'activité. A titre indicatif :

- Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année ;
- Durée de l'accompagnement, fréquence de l'accompagnement pour une seule et même personne;
- Nombre et type d'actes réalisés ;
- Suivi de l'origine des prescriptions et des orientations post ESSIP;
- Distance kilométrique parcourue.

# III. CADRAGE FINANCIER

Les EMSaP et les ESSIP sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dédié aux établissements et services accompagnant des personnes ayant des difficultés spécifiques (ONDAM PDS).

Le budget devra détailler les charges et produits par groupe fonctionnel de dépenses et préciser les coûts moyens par poste.

#### Pour les EMSaP:

Le budget annuel de fonctionnement d'une EMSaP (y compris le financement du personnel) devra être compris entre 120 000 et 150 000 €.

#### Pour les ESSIP:

Le coût à la place d'une ESSIP est fixé à 15 700 € par an dans le cadre de la circulaire budgétaire.

Le budget annuel de fonctionnement des ESSIP devra être compris entre 157 000 € et 188 400 €, soit l'équivalent de 10 à 12 places.

Il sera recherché une optimisation des moyens humains et matériels et une mutualisation avec d'autres établissements et services.

#### Le dossier financier comportera:

- Le budget de fonctionnement en année pleine de l'équipe ;
- L'activité prévisionnelle annuelle en actes (un acte équivalant à 1h d'intervention auprès ou pour un usager);

- 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.

# IV. Modalités d'autorisation, d'évaluation et de suivi

Les autorisations seront accordées 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 territorialisé 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.