


GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/231 du 17 novembre 2021 complémentaire à l'instruction N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2021 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : 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 ».

Le ministre des solidarités et de la santé

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance,
chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions régionales de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités (DREETS)

Monsieur le directeur de la direction régionale interdépartementale de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIETS)

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de l'emploi, du travail
et des solidarités (DDETS)

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de l'emploi, du travail,
des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP)

Référence	NOR : SSAA2134211J (numéro interne : 2021/231)
Date de signature	17/11/2021
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Directeur générale de la cohésion sociale Direction générale de la santé Ministère de l'économie, des finances et de la relance Direction de la sécurité sociale
Objet	Instruction complémentaire à l'instruction N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2021 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : 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 ».

Commande	Mise en œuvre de la campagne budgétaire des établissements recevant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.
Action à réaliser	Délégation des crédits aux ESMS concernés.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	<p>Direction générale de la cohésion sociale Service des politiques sociales et médico-sociales Sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté Bureau de l'accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire Personne chargée du dossier : Corinne EHRHART Tél. : 01 40 56 80 91 Mél. : corinne.ehrhart@social.gouv.fr</p> <p>Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées Personne chargée du dossier : Sébastien DELBES Tél. : 01 40 56 85 78 Mél. : sebastien.delbes@social.gouv.fr</p> <p>Service des politiques d'appui Sous-direction des affaires financières et de la modernisation Bureau gouvernance du secteur social et médico-social Personne chargée du dossier : Hugues BELAUD Tél. : 01 40 56 76 68 Mél. : hugues.belaud@social.gouv.fr</p> <p>Direction générale de la santé Sous-direction de la santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau de la prévention des addictions Personne chargée du dossier : Malisa RATTANATRAY Tél. : 01 40 56 65 46 Mél. : malisa.rattanatray@sante.gouv.fr</p> <p>Bureau infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose Personne chargée du dossier : Morgane NICOT Tél. : 01 40 56 74 24 Mél. : morgane.nicot@sante.gouv.fr</p> <p>Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau des établissements de santé et médico-sociaux Personne chargée du dossier : Dorine BIANCO Tél. : 01 40 56 75 27 Mél. : dorine.bianco@sante.gouv.fr</p>

Nombre de pages et annexes	<p>9 pages et 3 annexes de 54 pages</p> <p>Annexe 1 - tableau dotations régionales limitatives - deuxième instruction budgétaire</p> <p>Annexe 2 - Cahier des charges (Lits haltes soins santé « mobiles » - Equipes mobiles santé précarité - Lits haltes soins santé « de jour » - Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité</p> <p>Annexe 3 - Cahier des charges - Appartement de coordination thérapeutique « Hors les murs »</p> <p>Annexe 3.1 - Rapport d'Activité Standardisé Annuel 2021 (données 2020 - Appartements de coordination thérapeutique - ACT Hors les murs)</p>
-----------------------------------	---

Résumé	La présente instruction notifie en complément de l'instruction du 8 juin 2021, les dotations régionales limitatives modifiées pour les ESMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques au titre de 2021. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna).
Mots-clés	ONDAM, établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques, mesures nouvelles, ACT, CAARUD, CSAPA, LHSS, LAM, « Un chez-soi d'abord ».
Classement thématique	Etablissements sociaux et médico-sociaux
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ; - Arrêté du 17 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 8 juin 2021 fixant les dotations régionales de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 19 novembre 2021 - Visa CNP 2021-142	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	immédiate

La campagne budgétaire 2021 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques est organisée en deux phases successives. Pour cette seconde partie, la présente instruction vous indique les modalités de notification aux établissements des crédits dédiés aux revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé, des crédits liés à la compensation budgétaire pour les services et établissements concernés par la décision du tribunal judiciaire de Paris du 9 février 2021 et par la décision du Conseil d'Etat n°414388 du 16 juin 2021. Elle précise également les orientations et la répartition des crédits relatifs aux Equipes mobiles santé précarité (EMSP), aux Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP, ex-SIAAD précarité) et aux Equipes d'appartements de coordination thérapeutique Hors les murs (ACT HLM).

1. Ségur de la santé : extension du complément indiciaire de traitement (CTI) aux ESMS relevant de l'ONDAM spécifique rattachés à des établissements publics de santé ou à des établissements publics autonomes et aux ESMS privés de l'ONDAM spécifique

Des crédits vous seront délégués dans le cadre de cette instruction afin de financer l'extension des mesures de revalorisation issues du Ségur de la Santé (protocoles d'accord Laforcade du 11 février 2021 et du 28 mai 2021 et accord de méthode du 28 mai 2021) .

La mesure de revalorisation salariale appelée extension du complément de traitement indiciaire (CTI) décidée dans le cadre des accords du Ségur de la santé se traduit par une augmentation de 183€ nets par mois pour des catégories de personnel exerçant au sein de structures accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (PDS) relevant de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale ou gérées par des organismes de droit privé.

Conformément aux protocoles et accords de méthode dits « Laforcade », cette revalorisation s'applique respectivement :

- A compter du 1er juin 2021 pour l'ensemble des personnels non médicaux des établissements PDS rattachés à un établissement public de santé (EPS) ou relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs EHPAD de la fonction publique hospitalière (FPH) ;
- A compter du 1er octobre 2021 pour les personnels paramédicaux, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale et accompagnants éducatifs et sociaux des établissements PDS relevant d'un établissement public autonome (hors établissements publics de santé et EHPAD publics autonomes) ou d'une collectivité territoriale ou d'un Centre communal ou intercommunale d'action sociale (CCAS ou CIAS) ;

Cette revalorisation, initialement prévue à compter du 1er janvier 2022, s'applique également de manière anticipée à compter du 1er novembre 2021 pour les personnels paramédicaux, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des structures privées de l'ONDAM spécifique.

Pour financer les mesures de l'accord du 11 février 2021 (applicable aux établissements PDS rattachés à un EPS ou relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs EHPAD de la FPH) , et ce, à titre transitoire dans l'attente d'une disposition dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, le décret n°2021-740 du 8 juin 2021 instaure une prime temporaire de revalorisation d'un montant équivalent au CTI de 183 euros nets mensuels applicables aux rémunérations versées entre le 1er juin et le 31 décembre 2021.

Il vous avait été demandé dans la première instruction du 8 juin 2021 de préciser le nombre d'équivalents temps plein (ETP) des établissements du secteur public concernés par l'extension sur chaque territoire pour calibrer la délégation des crédits nécessaires.

Suite à cette enquête, le coût global de l'extension au titre de 2021 est fixé à 3,3 M€ pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, pour la période du 1er juin au 31 décembre 2021, et de la fonction publique territoriale, pour la période du 1er octobre au 31 décembre 2021.

S'agissant des établissements privés de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) spécifique qui bénéficient de l'anticipation au 1er novembre 2021 (au lieu du 1er janvier 2022) de l'extension des revalorisations salariales prévues dans le cadre de l'accord de méthode du 28 mai 2021 à hauteur de 183 euros nets mensuels, . Une enveloppe de 1,3 M€ de crédits non reconductibles vous est allouée pour financer ces revalorisations pour la période du 1er novembre au 31 décembre 2021. Le financement pérenne de cette revalorisation fera l'objet de mesures nouvelles qui vous seront versées lors de l'instruction de campagne budgétaire 2022 sur la base des données remontées par l'enquête prévue par l'instruction du 8 juin 2021.

2. Le financement du contentieux avec les établissements relevant de l'association Addictions France (ex-ANPAA)

2.1. Contenu des décisions du juge

Dans le cadre d'un pourvoi contre plusieurs arrêts de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS) annulant des arrêtés de tarification d'Agences régionales de santé (ARS) qui fixaient, pour l'année 2013, la dotation globale de financement de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), le Conseil d'Etat a sursis à statuer et a demandé au tribunal judiciaire (TJ) de Paris de statuer sur la question de la portée que revêtent, d'une part, les stipulations de la convention collective nationale (CCN) du 1er mars 1979 des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'Ordre travaillant dans les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées, modifiée par le protocole d'accord du 6 avril 1993 concernant les médecins spécialistes, et, d'autre part, les stipulations de l'accord de transfert conclu le 26 mars 2003 au sein de l'association nationale de prévention de l'alcoolisme.

Le Tribunal judiciaire de Paris, dans une décision du 9 février 2021 a retenu que :

- les dispositions de la CCN du 1er mars 1979 s'appliquent à l'ensemble des médecins qualifiés de spécialistes par le conseil de l'ordre ;
- cette CCN contient, à l'égard des médecins généralistes, des dispositions plus favorables que celles de l'accord de transfert de mars 2003 conclu par l'ANPAA ;
- les médecins généralistes reconnus spécialistes entrent dans le champ de la CCN de 1979, dont la grille tarifaire pour les médecins spécialistes est plus favorable que celles que prévoit l'accord de transfert de l'ANPAA. Cette rémunération résulte de plein droit de l'application de la CCN de 1979 qui est une CCN agréée.

En outre, la décision du Conseil d'Etat n°414388 du 16 juin 2021 prévoit désormais la prise en compte par les ARS de la rémunération de ces médecins à hauteur de 100% de la grille tarifaire de la CCN, pour fixer la dotation des CSAPA.

2.2. La prise en compte de ces décisions dans cette seconde délégation

Compte-tenu de cette décision du Conseil d'Etat, vous devrez désormais tenir compte de la rémunération des médecins généralistes qualifiés de spécialistes par le conseil de l'Ordre dans la dotation globale des établissements appartenant à l'association Addictions France.

Des crédits pérennes à hauteur de 889 523 € vous sont par conséquent délégués dans le cadre de cette instruction afin de mettre en œuvre cette décision dès 2021.

Par ailleurs, une enveloppe non pérenne de 1 191 030 € est allouée aux régions concernées afin d'éteindre les contentieux en cours, que ce soit au niveau des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) ou de la cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS), dès lors qu'ils font l'objet d'un diagnostic partagé entre les parties.

Enfin, il vous est également demandé de ne plus réformer les dépenses liées aux rémunérations de médecins lors de la procédure budgétaire contradictoire.

3. Mesure 27 «lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé » du Ségur de la santé : financement des équipes mobiles santé précarité (EMSP), des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) et des appartements de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs (HLM)

Dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé », des crédits ont été délégués aux ARS en première instruction 2021 :

- 9,16 M€ en année pleine pour les Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) ;
 - 7,8 M€ en année pleine pour les Equipes Spécialisées de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP, ex SIAAD précarité) et 10,1M€ en année pleine pour les équipes d'Appartements de coordination thérapeutique Hors les murs (ACT HLM).
- Les équipes mobiles santé précarité (EMSP) permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, là où elles vivent, 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.
 - Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies. Les ESSIP visent à répondre aux problématiques des publics spécifiques accueillis dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion ou dans des lieux de vie informels. Elles apportent en outre une réponse en matière d'hygiène, de difficultés liées aux addictions ou encore d'inconstance dans la démarche de soins.
 - Les Appartements de coordination thérapeutique « Hors les murs » prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Ces personnes ne nécessitent pas une hospitalisation mais elles souffrent de maladies chroniques, présentent des vulnérabilités et/ou une dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne qui affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives

et sociales. L'accompagnement médico-social des équipes d'ACT HLM leur est dispensé sans interruption au sein de toute forme d'habitat, dans une approche « d'aller-vers ».

Afin d'établir le fondement juridique des autorisations de ces deux dispositifs, le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques a été publié au *Journal Officiel* du 10 septembre 2021. L'instruction 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 a anticipé la publication de ce décret, en déléguant la part 2021 des crédits aux agences régionales de santé.

Les cahiers des charges des nouveaux dispositifs de lutte contre les inégalités de santé financés dans le cadre du Ségur de la santé, les équipes mobiles santé précarité (EMSP), les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) et les ACT hors les murs sont respectivement en annexes 2 et 3.

4. L'amélioration de l'offre en matière de prise en charge en addictologie et de réduction des risques et des dommages

Les crédits de la mesure 27 du Ségur de la santé « Lutter contre les inégalités de santé » pour l'addictologie seront délégués de manière pérenne en 2022. Ils seront notamment destinés à renforcer les capacités d'action des CSAPA-CAARUD sur leurs missions en particulier leur capacité à développer leur activité d'« aller vers » et favoriser leurs attractivités.

Des travaux sont en cours et aboutiront à une délégation de crédits pérennes lors de la campagne budgétaire de 2022.

Dans la présente circulaire sont délégués :

- Des crédits pérennes, pour un montant de 5,2 M€ en année pleine. Ces crédits délégués sur 6 mois, sont destinés à **améliorer l'offre de prise en charge des CSAPA et des CAARUD. Ils permettent le renforcement d'ETP dans des structures existantes ou la création de nouvelles structures.** Une attention particulière sera portée sur l'hébergement.

Les crédits sont répartis selon un indicateur composite qui prend en compte pour chaque région la file active des CSAPA et des CAARUD.

- Des crédits non reconductibles à hauteur 9,267M€. Ces crédits sont destinés à améliorer l'offre à destination des usagers de drogues illicites, dans le cadre des priorités fixées par :
 - le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018- 2022 (« Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages ») ;
 - le Plan priorité prévention (élimination de l'hépatite C à l'horizon 2025) ;
 - la feuille de route « Prévenir les surdoses d'opioïdes et agir face aux surdoses »¹.
 - la feuille de route santé sexuelle

Ces crédits non reconductibles visent à **poursuivre la dotation des CSAPA et CAARUD en kits de naloxone**, antidote contre les surdoses aux opioïdes, et de poursuivre le mouvement de mise à disposition de la naloxone aux usagers à risque de surdoses.

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_prevention_des_surdoses_opioides-juillet_2019.pdf

L'offre thérapeutique s'est enrichie d'une nouvelle spécialité, Nyxoïd®, forme nasale de naloxone, disponible depuis septembre 2021. Deux spécialités de naloxone prêtes à l'emploi sont désormais disponibles, Prenoxad® (forme injectable) et Nyxoid®, pour répondre aux besoins des usagers.

Vous veillerez à ce que l'accès à la naloxone, notamment au sein des CSAPA-CAARUD, soit garanti dans vos territoires pour tous les publics à risque précisés dans la feuille de route « Prévenir les surdoses d'opioïdes et agir face aux surdoses »¹.

Pour plus d'information sur la naloxone, veuillez-vous référer à la fiche Naloxone².

Ces crédits non reconductibles visent également à renforcer les CSAPA et les CAARUD dans leur **mission de dépistage des infections par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) ou de l'hépatite C (VHC)** dans les CSAPA, ainsi que la vaccination VHB.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a entraîné un moindre dépistage de ces infections qu'il convient de rattraper. A titre d'exemple, le nombre de sérologies VIH réalisées en secteur privé a diminué de 55% entre février et avril 2020. Cette baisse n'a pas été totalement compensée par la suite, ce déficit des sérologies VIH était encore de 11% en 2021.

L'arrivée des nouveaux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHB permet faciliter le dépistage en CSAPA et en CAARUD en favorisant la proposition de dépistage combiné VIH/VHB/VHC, comme recommandé par la Haute autorité de santé (HAS)³.

Vous veillerez à ce que les CSAPA et CAARUD de vos territoires renforcent leurs actions de dépistage et de vaccination, compte tenu de l'exposition particulière aux risques infectieux des usagers qu'ils accueillent.

La réalisation de TROD nécessite une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente⁴ :

- les structures n'ayant pas d'autorisation doivent demander l'autorisation pour les 3 types de TROD,
- les structures ayant déjà une autorisation pour les TROD VIH et VHC doivent demander l'autorisation pour les TROD VHB.

Enfin, ces crédits non reconductibles serviront également au **renforcement de l'offre de Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)** notamment via l'achat de matériel. Ils pourront également, le cas échéant, financer des **prestations d'interprétariat**.

Ces crédits non reconductibles, d'un montant 9,267 M€ sont répartis selon un indicateur composite qui prend en compte pour chaque région : le nombre d'usagers injecteurs, le nombre de trousse de prévention distribuées, le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants, le nombre de patients en traitement de substitution aux opiacés ainsi qu'un indicateur de précarité.

Par ailleurs, des crédits ont été mis en réserve au niveau national **pour la création de nouvelles salles de consommation à moindre risque** dont la prolongation de l'expérimentation est prévue par le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2022 en cours d'examen. Vous êtes invités à prendre contact avec la direction générale de la santé pour toute programmation d'ouverture.

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/surdoses-overdose-d-opioides-la-naloxone-est-utilisable-par-tous-et-peut-sauver>

³ HAS. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Juin 2016.

⁴ Arrêté du 16 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et des infections par les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB), en milieu médico-social ou associatif et autres centres et établissements autorisés. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043684636>

5. Allocation des crédits aux régions et aux établissements et modalités de fongibilité entre certaines enveloppes

De nouvelles dotations régionales limitatives vous seront notifiées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, conformément aux modalités définies en annexes.

Dans une perspective de souplesse de gestion et d'adaptation des modalités d'accompagnement aux besoins des territoires issus des diagnostics locaux que vous conduirez, les modalités de fongibilité des crédits dédiés à chaque dispositif sont élargies de la façon suivante :

- Fongibilité totale entre les enveloppes des Lits halte soins santé (LHSS) mobiles, des LHSS jour, des ESSIP et des ACT hors les murs
- Fongibilité de l'enveloppe LHSS « classiques » avec l'enveloppe LHSS de jour/LHSS mobiles/EMSP dans la limite d'un plafond de 30% de l'enveloppe
- Fongibilité de l'enveloppe ACT « classiques » avec enveloppe ACT hors les murs dans la limite d'un plafond de 30% de l'enveloppe.

Vous êtes invités à lancer cette seconde partie de campagne budgétaire dans les meilleurs délais.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,



Etienne CHAMPION

Pour les ministres et par délégation :
Po/ le directeur de la sécurité sociale,
La cheffe de service
Adjointe au directeur de la sécurité sociale,



Marianne KERMOAL-BERTHOME

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,



Virginie LASSERRE

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,



Jérôme SALOMON

ANNEXE 1

ANNEXE 1 : tableau dotations régionales limitatives - deuxième instruction budgétaire

Régions	Enveloppe addictologie et ACT (dont ACT à domicile) reconductible notifiée en 2020 en €	Dont contentieux ANPAA	Tranferts au 01/01/2021 en €	Base addictologie et ACT (hors ACT psy et Un chez soi d'abord) pour 2021 en €	EAP 2021 des installations 2020	Actualisation 2021 (+0,8%)	Socle 2021 pour les structures addictologie et ACT (hors ACT Psy et "un chez soi d'abord") en €
AUVERGNE RHONE-ALPES	47 597 281	171 880	0	47 597 281	989 620	388 695	48 975 596
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	26 155 481	0	300 000	26 455 481	578 999	216 276	27 250 756
BRETAGNE	17 029 404	0	0	17 029 404	445 080	139 796	17 614 280
CORSE	3 578 626	0	0	3 578 626	8 839	28 700	3 616 165
CENTRE VAL DE LOIRE	16 766 187	0	0	16 766 187	487 337	138 028	17 391 552
GRAND EST	42 366 634	0	0	42 366 634	709 651	344 610	43 420 896
GUADELOUPE	5 290 003	0	0	5 290 003	28 945	42 552	5 361 500
GUYANE	10 395 912	0	0	10 395 912	169 434	84 523	10 649 868
HAUTS-DE-France	54 229 062	0	0	54 229 062	498 303	437 819	55 165 184
ILE-DE-France	125 980 998	0	0	125 980 998	1 969 116	1 023 601	128 973 715
MARTINIQUE	5 867 951	0	0	5 867 951	428 097	50 368	6 346 416
NOUVELLE AQUITAINE	43 680 069	174 452	0	43 680 069	610 219	354 322	44 644 611
NORMANDIE	23 060 079	0	0	23 060 079	504 406	188 516	23 753 001
OCCITANIE	52 013 300	72 699	0	52 013 300	952 381	423 725	53 389 407
La Réunion	7 023 999	0	0	7 023 999	30 347	56 435	7 110 781
Mayotte	1 214 103	0	0	1 214 103	5 330	9 755	1 229 188
PACA	48 143 286	0	0	48 143 286	928 123	392 571	49 463 981
PAYS DE LA LOIRE	20 775 981	0	0	20 775 981	348 662	168 997	21 293 639
TOTAL	551 168 357	419 031	300 000	551 468 357	9 692 890	4 489 290	565 650 537

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Mesures nouvelles 2021							Total Addictologie et ACT (hors ACT Psy et "un chez soi d'abord") 2021 en €
	Création de 300 places d'ACT sur 6 mois	Création de 781 places d'ACT hors les murs sur 6 mois	CSAPA référent pénitentiaire sur 6 mois	Extension de la salle de consommation à moindre de risques sur 12 mois	Consultations avancées de CSAPA et d'interventions d'équipes mobiles de CAARUD dans les CHR, structures d'urgence sur 12 mois	Renforcement des structures d'addictologie en pérenne sur 6 mois	Amélioration de l'offre à destination des usagers de drogues illicites - crédits non reconductibles	
AUVERGNE RHONE-ALPES	495 490	107 100	0	0	172 608	217 375	896 844	50 865 013
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	247 745	252 000	0	0	61 147	118 475	436 022	28 366 145
BRETAGNE	330 327	252 000	0	0	41 443	131 231	1 502 800	19 872 081
CORSE	165 163	0	0	0	8 369	12 836	23 429	3 825 962
CENTRE VAL DE LOIRE	247 745	94 500	0	0	46 205	85 919	301 264	18 167 185
GRAND EST	330 327	283 500	0	700 000	151 519	257 878	706 572	45 850 692
GUADELOUPE	0	0	0	0	11 243	19 678	122 049	5 514 470
GUYANE	197 547	151 200	0	0	11 737	12 219	150 214	11 172 785
HAUTS-DE-France	247 745	189 000	0	0	152 780	281 962	800 912	56 837 583
ILE-DE-France	660 653	504 000	0	0	337 384	518 716	1 156 463	132 150 931
MARTINIQUE	197 547	226 800	0	0	11 293	22 156	57 590	6 861 802
NOUVELLE AQUITAINE	462 457	378 000	0	0	99 650	227 043	748 918	46 560 679
NORMANDIE	297 294	403 200	0	0	79 206	120 379	308 756	24 961 836
OCCITANIE	495 490	919 800	11 500	0	140 242	224 559	722 731	55 903 729
La Réunion	0	226 800	0	0	13 647	36 743	133 498	7 521 469
Mayotte	0	0	0	0	2 516	0	0	1 231 704
PACA	495 490	541 800	11 500	0	111 103	211 058	754 894	51 589 826
PAYS DE LA LOIRE	165 163	491 400	11 500	0	47 908	117 273	444 044	22 570 927
TOTAL	5 036 183	5 021 100	34 500	700 000	1 500 000	2 615 500	9 267 000	589 824 820

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Rappel base 2021 places ACT troubles psychiques	Actualisation 2021 (+0,8%)	Total ACT troubles psychiques 2021	Rappel base LHSS pour 2021 en €	EAP LHSS 2021 des installations 2020	Actualisation 2021 (+0,8%)
AUVERGNE RHONE-ALPES	0	0	0	6 902 686	560 465	59 705
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	0	0	0	2 361 693	224 186	20 687
BRETAGNE	0	0	0	2 078 751	168 139	17 975
CORSE	0	0	0	197 974	56 046	2 032
CENTRE VAL DE LOIRE	0	0	0	2 008 413	112 093	16 964
GRAND EST	0	0	0	6 181 418	476 395	53 263
GUADELOUPE	0	0	0	1 146 405	0	9 171
GUYANE	0	0	0	1 528 520	168 139	13 573
HAUTS-DE-France	0	0	0	7 086 212	504 418	60 725
ILE-DE-France	330 624	2 645	333 269	22 432 330	1 401 162	190 668
MARTINIQUE	0	0	0	919 342	140 116	8 476
NOUVELLE AQUITAINE	330 624	2 645	333 269	4 215 211	364 302	36 636
NORMANDIE	0	0	0	3 224 263	168 139	27 139
OCCITANIE	330 624	2 645	333 269	5 997 095	448 372	51 564
La Réunion	0	0	0	2 009 100	112 093	16 970
Mayotte	0	0	0	140 116	280 232	3 363
PACA	0	0	0	5 996 592	196 163	49 542
PAYS DE LA LOIRE	0	0	0	2 700 786	224 186	23 400
TOTAL	991 873	7 935	999 808	77 126 907	5 604 648	661 852

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Mesures nouvelles 2021				Total LHSS 2021	Rappel base LAM pour 2021 en €	EAP LAM 2021 des installations 2020	Actualisation 2021 (+0,8%)
	MN Stratégie pauvreté (4 mois)	MN Ségur santé (12 mois)	MN Ségur santé (6 mois)					
AUVERGNE RHONE-ALPES	280 232	420 349	399 331		8 622 769	5 416 061	1 043 298	51 675
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	84 070	126 105	126 105		2 942 845	2 055 395	347 766	19 225
BRETAGNE	56 046	126 105	105 087		2 552 103	1 830 231	198 724	16 232
CORSE	0	42 035	21 017		319 105	175 693	49 681	1 803
CENTRE VAL DE LOIRE	70 058	126 105	105 087		2 438 720	1 880 621	149 043	16 237
GRAND EST	322 267	378 314	357 296		7 768 953	5 514 231	1 092 979	52 858
GUADELOUPE	84 070	42 035	42 035		1 323 715	1 528 744	198 724	13 820
GUYANE	0	42 035	21 017		1 773 285	1 303 086	198 724	12 014
HAUTS-DE-France	224 186	378 314	378 314		8 632 169	5 968 171	496 809	51 720
ILE-DE-France	826 686	1 176 976	1 282 063		27 309 885	15 171 047	3 229 257	147 202
MARTINIQUE	56 046	42 035	42 035		1 208 050	1 353 956	0	10 832
NOUVELLE AQUITAINE	210 174	252 209	252 209		5 330 742	3 337 649	347 766	29 483
NORMANDIE	28 023	126 105	147 122		3 720 791	2 759 986	248 404	24 067
OCCITANIE	224 186	336 279	336 279		7 393 774	4 638 278	844 575	43 863
La Réunion	98 081	126 105	105 087		2 467 436	1 429 097	149 043	12 625
Mayotte	98 081	42 035	21 017		584 845	124 202	248 404	2 981
PACA	98 081	294 244	315 261		6 949 884	4 311 738	794 894	40 853
PAYS DE LA LOIRE	42 035	126 105	147 122		3 263 634	2 633 975	298 085	23 456
TOTAL	2 802 324	4 203 486	4 203 486	0	94 602 704	61 432 160	9 936 176	570 947

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Mesures nouvelles 2021				Total LAM 2021	Base "Un chez soi d'abord" pour 2021 en €	EAP "un chez soi d'abord" 2021 des installations 2020	Actualisation 2021 (+0,8%)
	MN Stratégie pauvreté (4 mois)							
AUVERGNE RHONE-ALPES	447 128				6 958 163	1 467 887	320 833	14 310
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	124 202				2 546 589	1 086 860	0	8 695
BRETAGNE	74 521				2 119 707	0	0	0
CORSE	24 840				252 017	128 333	256 667	3 080
CENTRE VAL DE LOIRE	74 521				2 120 422	0	0	0
GRAND EST	298 085				6 958 153	587 708	116 667	5 635
GUADELOUPE	24 840				1 766 128	0	0	0
GUYANE	24 840				1 538 664	0	0	0
HAUTS-DE-France	124 202				6 640 902	1 469 423	0	11 755
ILE-DE-France	1 887 873				20 435 380	1 024 437	311 110	10 684
MARTINIQUE	124 202				1 488 990	0	0	0
NOUVELLE AQUITAINE	397 447				4 112 345	830 194	641 666	11 775
NORMANDIE	74 521				3 106 979	0	0	0
OCCITANIE	621 011				6 147 727	2 184 616	116 667	18 410
La Réunion	223 564				1 814 329	155 556	311 110	3 733
Mayotte	124 202				499 789	0	0	0
PACA	298 085				5 445 570	1 510 429	427 779	15 506
PAYS DE LA LOIRE	0				2 955 516	587 708	116 667	5 635
TOTAL	4 968 088	0	0	0	76 907 371	11 033 151	2 619 166	109 219

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Mesures nouvelles 2021		Total "Un chez soi d'abord" 2021	Autres mesures rattachées au Ségur de la santé				
	généraliste	villes moyennes		MN Equipes mobiles santé précarité - LHSS hors les murs (5 mois)	SSIAD (6 mois)	Revalorisation salariale (ESMS rattachés à un EPS - 7 mois)	Revalorisation salariale (ESMS rattachés à CCAS - 3 mois)	Revalorisation salariale (ESMS privés - 2 mois - ou ESMS rattachés à un CCAS - 3 mois - crédits non reconductibles)
AUVERGNE RHONE-ALPES	96 250		1 899 280	875 000	376 800	182 779		117 892
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE			1 095 555	275 000	117 750	42 893	1 012	59 276
BRETAGNE	233 333	96 250	329 583	241 667	102 050	214 436		42 654
CORSE			388 080	41 667	15 700	13 125		8 230
CENTRE VAL DE LOIRE		96 250	96 250	241 667	102 050	74 156		38 959
GRAND EST		96 250	806 260	808 333	345 400	270 349		105 253
GUADELOUPE			0	91 667	39 250	13 125		14 654
GUYANE			0	75 000	31 400	21 000		24 468
HAUTS-DE-France			1 481 178	833 333	353 250	339 203		125 917
ILE-DE-France	309 167		1 655 398	2 725 000	1 169 650	880 714		313 044
MARTINIQUE		96 250	96 250	91 667	39 250	39 375		16 458
NOUVELLE AQUITAINE			1 483 635	541 667	235 500	410 025		98 844
NORMANDIE	233 333	96 250	329 583	316 667	133 450	206 588		54 903
OCCITANIE			2 319 694	733 333	314 000	189 000		123 985
La Réunion	116 667		587 066	216 667	94 200	0	11 925	21 276
Mayotte			0	75 000	31 400	0		4 058
PACA	212 917		2 166 630	675 000	290 450	355 136		113 100
PAYS DE LA LOIRE			710 010	308 333	133 450	70 481		50 363
TOTAL	1 201 666	481 250	15 444 452	9 166 667	3 925 000	3 322 384	12 937	1 333 333

ANNEXE 1

tableau dotations régionales limitatives

Régions	Régularisation reconductible	Régularisation non reconductible	Dotation Régionale Limitative (DRL) au 15/11/2021
AUVERGNE RHONE-ALPES	194 939	761 267	70 853 901
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	0	0	35 447 065
BRETAGNE	31 928	0	25 506 209
CORSE	57 784	0	4 921 670
CENTRE VAL DE LOIRE	17 262	0	23 296 670
GRAND EST	25 832	0	62 939 225
GUADELOUPE	0	0	8 763 009
GUYANE	0	0	14 636 602
HAUTS-DE-France	52 250	0	75 295 784
ILE-DE-France	158 010	0	187 131 282
MARTINIQUE	0	0	9 841 843
NOUVELLE AQUITAINE	0	0	59 106 705
NORMANDIE	0	0	32 830 796
OCCITANIE	305 547	376 564	74 140 622
La Réunion	0	0	12 734 367
Mayotte	0	0	2 426 797
PACA	45 971	0	67 631 567
PAYS DE LA LOIRE	0	53 199	30 115 914
TOTAL	889 523	1 191 030	797 620 027

Annexe 2 : Cahier des charges

-
Lits haltes soins santé « mobiles »
Equipes mobiles santé précarité
Lits haltes soins santé « de jour »
Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité

SOMMAIRE

SOMMAIRE.

Introduction

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

1.1 Définitions

1.2. Activités et missions principales de ces dispositifs

1.3 Modalités d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs

1.3.1. *Publics cibles*

1.3.2. *Composition de l'équipe*

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

1.3.4. *Durée de la prise en charge*

1.3.5. *La participation de l'utilisateur*

1.3.6. *Coopération et partenariat*

1.3.7. *Le financement de la structure*

1.3.8. *Evaluation et indicateurs de suivi*

2. Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité

2.1 Définition

2.2. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ESSIP

2.2.1. *Publics cibles*

2.2.2. *Composition de l'équipe*

2.2.3. *Modalités d'intervention*

2.2.4 *Durée de la prise en charge*

2.2.5 *Portage de l'ESSIP*

2.2.6. *Les droits de l'utilisateur*

2.2.7. *Coopération et partenariat*

2.2.8. *Budget*

2.2.9. *Evaluation et indicateurs de suivi*

Introduction

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

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

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

Ainsi, la pertinence des nouvelles modalités de prise en charge développées avec les Lits haltes soins santé (LHSS) introduites par le décret du 29 décembre 2020¹, avec les équipes mobiles santé précarité (EMSP) ou encore avec les SSIAD précarité créés par l'ARS Hauts-de-France, qui préfigurent les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) a été confortée par la crise sanitaire actuelle. Leur déploiement et leur financement dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, dédiée à la « la lutte contre les inégalités de santé », est une priorité.

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

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

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

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

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

- « *La stratégie nationale de santé 2018-2022* » qui vise à lever tous les obstacles financiers de l'accès aux soins ;

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

- « La stratégie de lutte et de prévention contre la pauvreté des enfants et des jeunes » annoncé le 17 octobre 2017 fondée sur un changement des modalités d'intervention des politiques publiques davantage tournées vers l'amont et fondée sur l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours. Il s'agit d'adopter une logique d'investissement social pour intervenir avant que n'apparaissent les difficultés et à chacune des étapes de la vie ;
- La mesure 27 du « Ségur de la santé » qui vise à prévenir et à lutter contre les inégalités de santé en renforçant l'offre de soins à destination des publics précaires sur l'ensemble du territoire et en assurer un accès facilité ;
- Les projets régionaux de santé (PRS) ;
- Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ;
- Le service public de la rue au logement, qui pose un nouveau cadre d'action pour réduire durablement le nombre de personnes sans domicile et la politique de résorption des bidonvilles

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

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

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

Le présent document se compose de deux parties :

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

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

1.1 Définitions

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

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

1.1.1. Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2. Les LHSS « de jour »

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

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

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

1.2. Activités et missions principales de ces dispositifs

1.2.1. Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

Dans le cadre des missions des LHSS « mobile » ou des EMSP, les prestations peuvent recouvrir :

- Evaluation ponctuelle de l'état de santé somatique et psychique des personnes
- Délivrance de premiers soins, appui à l'hospitalisation si nécessaire ;
- Conseils en matière de réduction des risques et des dommages pour les personnes usagères de produits psychoactifs, sous réserve d'être formées et d'informer et/ou orienter vers le secteur de l'addictologie pour un accompagnement spécialisé ;
- Prise en charge avant recours au système de santé de droit commun (médecin généraliste ou spécialiste) ou à un dispositif spécialisé (de type LHSS LAM CSAPA CAARUD ACT ou autre) ;
- Orientation vers des bilans de santé et suivi ; participation à des programmes de prévention individuelle – vaccinations ou dépistage
- Concours à des activités d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique
- Identification des besoins ou construction d'actions collectives de prévention-promotion de la santé
- Identification des besoins en matière d'accompagnement social, d'ouverture des droits (domiciliation, minima sociaux, papiers d'identité, couverture maladie etc.)
- Recueil des informations sur le suivi social, aide à la réalisation de demandes d'hébergement ou de logement (ex SIAO, demande de logement social...).

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

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

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

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

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

1.2.2. Les LHSS « de jour »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Cette mission doit être assurée en articulation - voire uniquement en cas d'absence - avec les équipes de veille sociale intervenant sur le territoire.

1.3 Modalités d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs

1.3.1. Publics cibles

Les publics ciblés par les dispositifs sont, quel que soit leur statut administratif :

- Des personnes sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- Des personnes en situation d'urgence sociale ayant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant de l'accueil de l'hébergement et de l'Insertion (AHI) ou en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mises en place au sein des structures suivantes ;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil: accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS), centres de santé, etc ;
- Des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé (personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, personnes vivant en logement insalubre ou dégradé, sortants de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-social ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...).

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

1.3.2. Composition de l'équipe

Les LHSS « mobile » et les équipes mobiles santé précarité

Le fonctionnement du LHSS « mobile » et des équipes mobiles santé précarité repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui la compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge.

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

Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima :

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

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

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

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

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

Un temps d'interprétariat (ou l'accès à une prestation d'interprétariat) sera idéalement prévu, en fonction des publics accompagnés et des ressources mobilisables.

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

Les LHSS « de jour »

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

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

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

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

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

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

Les LHSS mobiles et les EMSP peuvent intervenir :

- De leur propre initiative, dans un périmètre géographique identifié dans le projet d'établissement ;
- À la demande et en appui aux professionnels de santé de droit commun ;
- À la demande des gestionnaires ou structures accompagnant ou hébergeant des personnes en situation de précarité et du SIAO ;
- Dans le cadre de programmes mis en place par l'Agence Régionale de Santé ou validés par elle, qu'il s'agisse d'interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d'urgence.

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

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

1.3.4. Durée de la prise en charge

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

Dans le suivi du dispositif, il convient en effet d'être vigilant à ce que les personnes soient orientées vers les dispositifs adaptés de droit commun afin que des prises en charge durables et pérennes ne s'installent pas.

1.3.5. La participation de l'utilisateur

L'article D.311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Par ailleurs, l'article D.311-21 du CASF précise que la participation peut également s'exercer selon les modalités suivantes :

- Par l'institution de groupes d'expression au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil ;
- Par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ;
- Par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction.

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

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

1.3.6. Coopération et partenariat

Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification

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

- Les établissements de santé et professionnels de santé libéraux ;
- Les établissements médico-sociaux existants accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LAM, LHSS, CSAPA, CAARUD, ESSIP, ACT, etc.) classiques ou mobiles ;
- Les PASS mobiles ou « hors les murs » ;
- Les dispositifs d'aide à la coordination des soins ;
- Les acteurs de la veille sociale, notamment les maraudes et autres dispositifs d'« aller vers » existants
- Les autres structures, services dispositifs médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ;
- Les structures à vocation sociale : centres d'action sociale et communale, centres sociaux, bailleurs sociaux, acteurs associatifs...

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

Articulation avec le SIAO

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

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

De plus les LHSS « mobiles », les équipes mobiles santé précarité et les LHSS « de jour » s'engagent à :

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

1.3.7. Le financement de la structure

Pour les LHSS « de jour », le décret en date du 29 décembre 2020 modifiant les modalités de fonctionnement et d'organisation des LHSS, des LAM et des ACT à domicile a introduit une notion de capacité pour les activités de jour ou mobiles. Les LHSS mobile, EMSP ou LHSS de jour sont financés par une dotation globale estimée sur la base de la composition de l'équipe, du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux de ces personnes, dont les situations sont complexes et les prises en charge souvent chronophages.

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

1.3.8. Evaluation et indicateurs de suivi

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

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

- Nombre de « rencontres » des équipes mobiles (LHSS « mobiles » ou EMSP) : nombre de prises en charge au cours d'une plage d'activité ;
- Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année ;
- Durée de l'accompagnement, fréquence de l'accompagnement pour une seule et même personne ;

- Nature des prestations réalisées (diagnostic infirmier, soins infirmiers, orientation vers un dispositif de soins (détailler), orientation vers un dispositif social (détailler), nombre d'ouverture de droits réalisées (à détailler : démarches entreprises et pour quel(s) droit(s) relance, envois de pièces) accompagnement(s) physique(s)..... ;
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont SIAO ;
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées ;
- Périmètre d'intervention ;
- Public cible ;
- Distance kilométrique parcourue.

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

2. Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité

2.1 Définition

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

Ce sont des dispositifs médico-sociaux qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies.

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

Les ESSIP dispensent des soins infirmiers techniques et relationnels dans la durée aux personnes en situation de précarité. Elles apportent en outre une réponse en matière d'hygiène, de difficultés liées aux addictions ou encore d'inconstance dans la démarche de soins. Leur temps d'intervention est assez allongé pour permettre l'instauration d'une relation de confiance avec les personnes accompagnées.

Elles visent à :

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

2.2. Modalités d'organisation et de fonctionnement des ESSIP

2.2.1. Publics cibles

Les personnes en situation de précarité forment le public visé. A titre principal, sont concernées celles accueillies et hébergées au sein des structures du réseau AHI « accueil hébergement insertion » : structures d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidences sociales etc. Néanmoins, les personnes vivant à la rue ou dans tout type de logement informel (en campement, en squat, en bidonville...) peuvent également faire partie du public visé.

2.2.2. Composition de l'équipe

Les ESSIP, dont la composition est inspirée de celle des SSIAD (art. D 312-1 du CASF), sont composées :

- **D'un infirmier coordonnateur** (IDEC) qui réalise les activités de coordination du fonctionnement interne de l'équipe, le cas échéant, les activités d'administration et de gestion de l'ESSIP, les activités de coordination de l'équipe avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux ;
- **D'infirmiers** qui assurent les soins de leur compétence et organisent le travail de l'équipe ;
- **D'aides-soignants** qui dispensent les soins de base et relationnels.

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

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

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

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

2.2.3. Modalités d'intervention

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

Elles n'assurent des bilans de santé qu'en tant que de besoin.

Les ESSIP doivent pouvoir assurer une **continuité des soins le soir, le week-end et les jours fériés**. L'astreinte de nuit n'est pas requise, dans la mesure où ce dispositif permet de dispenser des soins à la personne et diffère d'une structure sanitaire telle qu'une Hospitalisation à domicile (HAD).

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

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

2.2.4 Durée de la prise en charge

La prise en charge dans le cadre des ESSIP débute par une prescription médicale et la durée de l'accompagnement est fonction de cette prescription.

2.2.5 Portage de l'ESSIP

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

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

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

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

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

Les ESSIP peuvent être gérées par des structures de droit public ou privé dotées de la personnalité morale. La structure porteuse doit avoir une connaissance du champ social ou au champ médico-social (ex : SSIAD ou SPASAD).

Le porteur doit montrer, dans son projet d'ESSIP, qu'il a une connaissance des modes de vie des personnes confrontées à des difficultés spécifiques et prévoir des modalités particulières pour leur assurer un accompagnement adapté.

2.2.6. Les droits de l'utilisateur

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et 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 bienveillance des usagers.

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra prendre en compte les dispositions issues du guide des **recommandations de bonnes pratiques professionnelles**, téléchargeable sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS)².

2.2.7. 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 : HAD, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, structures et dispositifs de l'accompagnement et des soins en addictologie et de santé mentale, les professionnels de l'accompagnement social, de l'hébergement et du logement.

Le recours à des médecins prescripteurs de l'ESSIP doit être prévu par les porteurs de projet, en raison du nombre important de personnes en situation de précarité ne disposant pas de médecin traitant. En effet, les constats réalisés auprès des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité, déjà créés en Hauts de France ont mis en évidence qu'un nombre important de personnes en situation de précarité ne disposait pas d'un médecin traitant (de l'ordre du tiers). Aussi, une attention particulière devra être portée dès la formalisation d'un projet d'ESSIP, au partenariat avec les médecins prescripteurs de l'intervention de l'ESSIP (médecins de ville, hospitaliers, dispositif assurance maladie, etc.).

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

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

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

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

Elles peuvent participer, en lien avec les structures du territoire, 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 projet en vue de la création d'une ESSIP comporte :

- Le programme d'investissements prévisionnel (nature des opérations, coûts, modes de financement et planning de réalisation) ;
- Le budget de fonctionnement sur six mois du service et pour sa première année de fonctionnement.

2.2.9. Evaluation et indicateurs de suivi

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

Annexe 3 : Cahier des charges

-
Appartement de coordination thérapeutique « Hors les murs »

Sommaire

SOMMAIRE

Introduction

1. Les Appartements de coordination thérapeutique « Hors les murs »

1.1 Définition

1.2 Objectifs principaux du dispositif : activités et missions principales

2. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

2.1 Publics cibles

2.2 Composition de l'équipe

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

2.4 Modalités d'intervention

2.5 Durée de la prise en charge

2.6 La participation de l'utilisateur

2.7. Coopération et partenariat

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

2.9. Suivi d'activité

3. Le contenu du dossier de candidature

3.1. Structure porteuse du projet

3.2 La capacité à faire du candidat

3.3. Délai de mise en œuvre

4. Processus d'autorisation

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

4.2. Processus d'autorisation

4.3. Publication des résultats

Introduction

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

La 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.

En France, 10,7 millions de personnes sont concernées par le dispositif dit des « affections longues durées ». La prévalence en hausse des maladies chroniques en fait un enjeu majeur pour l'avenir de notre système de santé et défie la sauvegarde des principes d'égalité et de solidarité qui fondent notre projet de société.

Les personnes sans domicile qu'elles soient à la rue ou hébergées présentent un moins bon état de santé que la population générale et affichent un taux de non-recours à leurs droits ainsi qu'aux soins plus élevé que la moyenne. Si la prise en charge des problèmes de santé des plus démunis a été considérablement renforcée au cours des vingt dernières années, la lutte contre les inégalités sociales de santé doit demeurer au cœur de nos actions. En effet, malgré l'existence d'une couverture santé universelle, ces personnes affichent un état de santé plus dégradé que la population générale. L'âge moyen des décès des personnes ayant vécu à un moment ou à un autre à la rue est de 49 ans.

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

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

Ainsi, la pertinence en termes d'accès aux soins et de prise en charge globale des « ACT Hors les murs », déployés depuis 1997 dans certaines régions et expérimentés au niveau national depuis 2017, a été confortée par la crise sanitaire actuelle. A ce titre, leur pérennisation et le financement de leur déploiement à plus large échelle font l'objet d'une des actions de la mesure numéro 27 du Ségur de la Santé, dédiée à la « lutte contre les inégalités de santé ».

Le présent cahier des charges vise à soutenir l'installation et le déploiement des « appartements de coordination thérapeutique hors les murs (ACT) » et à apporter des recommandations aux établissements souhaitant mettre en œuvre les nouvelles modalités de prise en charge introduites par le décret du 29 décembre 2020. Les orientations données sont à adapter au regard des besoins identifiés localement par les acteurs institutionnels et par la structure gestionnaire.

La création de nouvelles places d'ACT et avec elle des modalités de prise en charge hors les murs s'inscrivent dans le cadre de plusieurs politiques de santé publique et de cohésion sociale :

- « *La stratégie nationale de santé 2018-2022* » qui vise à lever tous les obstacles financiers de l'accès aux soins ;
- « *La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030* » qui tend à améliorer l'offre d'hébergement et de logement pour les personnes atteintes du VIH et/ou des hépatites ;
- « *Le plan cancer 2014-2019* » qui promeut l'ouverture aux personnes démunies et atteintes de cancer l'accès à une offre élargie d'alternatives à domicile ;
- La « *feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022* » qui tente d'assurer la continuité des soins et de la prise en charge des patients à la sortie de prison ;
- *L'article 92 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* qui expérimente des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Le plan quinquennal pour le « *Logement d'abord et la lutte contre le sans abris, 2018-2022* » qui propose une réforme structurelle de l'accès au logement pour les personnes sans-domicile. Cette stratégie a pour ambition de diminuer de manière significative le nombre de personnes sans domicile d'ici à 2022. Il s'agit de passer d'une réponse construite dans l'urgence à un accès direct au logement avec un accompagnement social adapté aux besoins des personnes. « *La loi égalité et citoyenneté* » du 27 janvier 2017 qui vise notamment à lutter contre les expulsions locatives et promeut la mixité sociale ainsi que l'égalité des chances dans l'habitat.
- « *La stratégie de lutte et de prévention contre la pauvreté des enfants et des jeunes* » annoncé le 17 octobre 2017 fondée sur un changement des modalités d'intervention des politiques publiques davantage tournées vers l'amont et fondée sur l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours. Il s'agit d'adopter une logique d'investissement social pour intervenir avant que n'apparaissent les difficultés et à chacune des étapes de la vie.
- Les plans régionaux de santé (PRS) ;
- Les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

1. Les Appartements de coordination thérapeutique « Hors les murs »

1.1 Définition

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

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

Les ACT « Hors les murs » sont une modalité d'accompagnement qui s'inscrit dans une approche « d'aller-vers ». Ils répondent au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de

toute forme d'habitat et visent à répondre de manière mieux adaptée aux besoins des usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

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

1.2 Objectifs principaux du dispositif : activités et missions principales

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

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

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

- L'équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- Le recours à la prévention et aux soins ;
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte par les acteurs de la santé des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité de ces publics.

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

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

2. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

2.1 Publics cibles

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

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

- handicap (cognitif, psychique ou moteur).

2.2 Composition de l'équipe

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

Le médecin assure la coordination médicale de la personne accompagnée.

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

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

Le médecin peut être mobilisé en astreinte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les usagers devront bénéficier a minima :

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

2.4 Modalités d'intervention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Durée de la prise en charge

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

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

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

2.6 La participation de l'utilisateur

Le projet doit prévoir la participation de l'utilisateur.

L'article D.311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation. Par ailleurs, l'article D.311-21 du CASF précise que la participation peut également s'exercer selon les modalités suivantes :

- par l'institution de groupes d'expression au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil ;
- par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ;
- par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction.

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

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

2.7. Coopération et partenariat

Dans la limite des missions définies dans le cadre du projet d'établissement, l'ACT « Hors les murs » doit veiller à l'articulation et à la complémentarité avec les dispositifs existants, en particulier les dispositifs mobiles s'adressant aux publics précaires ou en situation de grande exclusion (Pass mobiles, SSIAD précarité, LHSS mobiles, maraudes sociales, CAARUD, CSAPA, EMPP, etc.)

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

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

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

Le projet et la candidature de l'établissement d'ACT souhaitant développer la modalité de prise en charge « hors les murs » devront identifier les partenariats, les décrire et analyser les obligations réciproques afin de favoriser la complémentarité et de garantir la qualité ainsi que la continuité de la prise en charge. L'intégralité des éléments de coopération (convention, lettre d'intention, protocole...) devra être jointe au dossier de candidature.

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

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

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

2.9. Suivi d'activité

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

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

3. Le contenu du dossier de candidature

3.1. Structure porteuse du projet

Les structures médico-sociales gestionnaires d'ACT.

3.2 La capacité à faire du candidat

Le candidat apportera des informations sur :

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

- son équipe de direction (qualifications) ;
- ses connaissances du territoire et du public cible qu'il souhaite toucher.

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

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

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

3.3. Délai de mise en œuvre

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

4. Processus d'autorisation

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

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

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

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

-Seront appréciés :

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

4.2. Processus d'autorisation

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

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

4.3. Publication des résultats

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

Annexe 3.1 : Rapport d'Activité Standardisé Annuel 2021**Données 2020****- Appartements de coordination thérapeutique -****ACT****Hors les murs**

Définitions : On appelle **personne accompagnée**, la personne atteinte d'une pathologie chronique étant accompagnée dans le dispositif ACT hors les murs et qui occupe donc, une place autorisée (c'est l'équivalent du résident en ACT). On appelle **accompagnants**, les personnes qui vivent avec cette personne accompagnée.

régions	
département	
année	2020

Certaines cases possèdent un point rouge, si vous cliquez dessus, un commentaire apparaîtra

I. L'Organisme gestionnaire**1- Identification de la structure**

Nom de l'organisme	
Nom de l'ACT disposant de l'autorisation administrative	
Si différent, nom du service ACT hors les murs	
Nom et prénom du Responsable du service ACT hors les murs	

Adresse :	
Code postal :	
Commune :	

Téléphone :	
Adresse électronique :	
Site Internet :	

2- Critères d'admission dans le dispositif ACT hors les murs définis par votre structure

II. MOYENS FINANCIERS DU DISPOSITIF ACT HORS LES MURS

A partir du compte administratif :

Recettes :

GI : Produits de la tarification	
GII : Autres produits relatifs à l'exploitation	
GIII : Produits financiers et produits non encaissables	

Montant total de la participation des résidents réellement enregistré comme produit :	
Montant mensuel de la participation demandée aux résidents (que le	

Charges :

GI : Dépenses liées à l'exploitation courante	
GII : Dépenses liées au personnel	
GIII : Dépenses liées à la structure	

Montant total annuel de l'aide financière attribuée aux personnes accompagnées (argent, ticket restaurant, frais liés à la scolarité ...)	
Montant total annuel de l'aide en nature attribuée aux personnes accompagnées (ticket de bus, ...)	

Décrivez les aides financières et en nature attribuées aux personnes accompagnées ou à leurs accompagnants :

Commentaires

III. L'EQUIPE SALARIALE DU DISPOSITIF ACT HORS LES MURS

Convention collective

En nombre d'Equivalent Temps Plein Travaillé-ETPT

ETPT : un temps plein correspond à 35 heures par semaine (exemple : un mi-temps est compté 0,5 ETPT)

	Salariés de la structure (en ETPT)	Mis à disposition par d'autres structures (en ETPT)	Total
Médecin			0
Médecin psychiatre			0
Infirmier			0
Psychologue			0
Autre personnel paramédical (kiné, diététicien, art thérapeute ...)			0
Aide soignant, aide médico-psychologique, Auxiliaire de soin			0
Educateur spécialisé/ Educateur de jeunes enfants/Autre personnel éducatif ou socio-éducatif			0
Animateur / Moniteur			0
Professeur d'activités sportives adaptées			0
Assistant de service social			0
Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale			0
Conseiller emploi / insertion			0
Conseiller en économie sociale et familiale			0
Chargé de mission logement			0
Maitresse de maison, aide à domicile, auxiliaire de vie, ...			0
Directeur / Chef de service			0
Assistant de direction, secrétariat et personnel administratif			0
Personnel logistique (entretien, maintenance...)			0

autres précisez :

			0
			0
			0
Total	0	0	0
Stagiaires			0
Service civique			0

en nombre de personnes

Effectifs réels dans la structure	
Nombre de départs dans l'année	
Nombre de recrutements dans l'année	

IV. LA FILE ACTIVE DES ACT HORS LES MURS

File Active (les personnes accompagnées) : les personnes affectées par une maladie chronique pour laquelle le dispositif ACT hors les murs a été déployé (hors accompagnants), occupant une place autorisée du dispositif ACT hors les murs

Accompagnants : les autres personnes vivant dans le même "domicile"

	Femme	Homme	Transgenre, intersexe	Mineur	Total
Nombre de personnes accompagnées dans l'année (File active)					0
dont nouvelles personnes accompagnées dans l'année					0
dont nombre de sortants dans l'année					0

	Adulte	Mineurs	Total
Nombre total d'accompagnants dans l'année			0
dont nouveaux accompagnants dans l'année			0

Type d'hébergement de la file active :

Nombre de personnes accompagnées dans leurs logements durables (propriétaire, location avec bail, sous-location...)	
Nombre de personnes accompagnées dans une institution sociale ou dédiée aux demandeurs d'asile (CHRS, maison relais, foyer, résidence sociale, CADA...)	
Nombre de personnes avec un hébergement précaire (lieu de squat, bidonville, tente, caravane, camping, chez des proches...)	
Nombre de personnes sans logement ni hébergement - accompagnement directement à la rue (maraudes)	
Total	0

Commentaires

--

V. NOMBRE DE PLACES D'ACT HORS LES MURS

au 31/12 de l'année de référence du rapport d'activité

Nombre total de places autorisées au 31/12	
dont nombre total de places installées au 31/12	
dont nouvelles places autorisées au cours de l'année	

VI. SITUATION DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

1- Situation administrative - droit au séjour (ne pas tenir compte des accompagnants)

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (personnes décédées comprises)
Personne de nationalité française		
Personne étrangère ayant la nationalité d'un pays de la communauté européenne		
Mineurs étrangers (hors Europe)		
Carte de résident (10 ans)		
Personnes bénéficiant d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale" au titre de l'état de santé		
Personnes bénéficiant d'une carte de séjour temporaire "vie privée et familiale" à d'autres titres		
Personnes bénéficiant d'une autorisation provisoire de séjour (APS)		
Demandeur d'asile ayant une attestation de dépôt		
Personnes en possession d'un récépissé de demande de titre de séjour ou d'un RDV en préfecture		
Personnes sans titre de séjour		
autres précisez :		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

Comment sont accompagnées les personnes nécessitant des démarches, vis-à-vis du droit au séjour ?

2- Protection maladie (ne pas tenir compte des accompagnants)

Protection maladie de base :	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes affiliées au régime général		
Nombre de personnes affiliées à un autre régime obligatoire d'assurance maladie		
Nombre de personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) (ex-CMU)		
Nombre de personnes bénéficiant de l'aide médicale Etat (AME)		
Nombre de personnes sans protection maladie de base		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

Protection complémentaire :	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)		
Assurance complémentaire facultative (mutuelle)		
Sans protection complémentaire		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes accompagnées bénéficiant de l'ALD (Affection longue durée)		
Nombre de personnes accompagnées ne bénéficiant pas de l'ALD		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

3- Origine principale des ressources (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Ressource principale : indiquez une seule source de revenus par personne

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes ayant des revenus d'activité (salaire et primes)		
Nombre de personnes ayant des revenus de remplacement (IJ, allocation de chômage (ARE), allocation spécifique de solidarité (ASS), pension de retraite, allocations de préretraite, pension d'invalidité, ...)		
Nombre de personnes bénéficiant du revenu de solidarité active (RSA)		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)		
Nombre de personnes bénéficiant d'autres prestations sociales (allocation familiale ...)		
Nombre de personnes bénéficiant d'une formation rémunérée, bourse étudiant		
Nombre de personnes ayant des ressources provenant d'un tiers		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) ...		
Nombre de personnes ayant des revenus d'activité non déclarée		
Sans revenu		

autres précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		

Total

0

0

Décrivez et commentez brièvement les actions menées pour augmenter éventuellement les ressources des personnes accompagnées :

4- Situation professionnelle (Ne pas tenir compte des accompagnants)

indiquez une seule situation par personne

Personnes accompagnées
pendant l'année (file active)
: situation à l'entréePersonnes sorties dans
l'année (file active) :
situation à la sortie

En emploi à temps partiel		
En emploi à temps plein		
En arrêt maladie longue durée		
En formation		
Mineur scolarisé (ou non) et étudiant		
Demandeur d'emploi		
Retraite ou préretraite		
En invalidité		
En arrêt maladie		
Inaptitude au travail reconnue par la MDPH		
Sans activité professionnelle		
Etranger sans autorisation administrative de travailler		

autres, précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		

Total

0

0

Décrivez et commentez brièvement les actions menées à propos de la situation professionnelle des personnes accompagnées

VII. ACTIVITES REALISEES

Ne concerne que les professionnels faisant partie de l'équipe (ou mis à disposition) mentionnés dans la partie III

1- Modalités de l'accompagnement médico-psycho-social

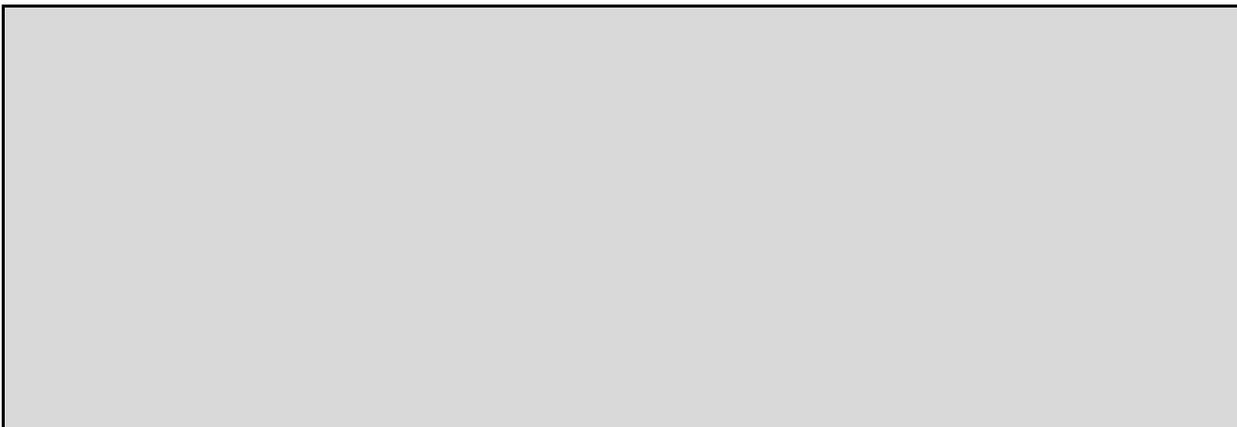
Décrivez les étapes et actions principales de l'accompagnement proposé au domicile des personnes.
En quoi sont-elles différentes de celles réalisées dans le parc d'hébergement ACT ?



Décrivez l'accompagnement proposé aux personnes hébergées dans des établissements sociaux ou dédiés aux demandeurs d'asile. La composition de l'équipe est-elle différente ? Comment s'articule la coopération entre l'établissement d'hébergement et l'équipe ACT hors les murs ?



Décrivez les actions et les spécificités de l'accompagnement des personnes accompagnées directement à la rue ou dans des lieux très précaires



2- Pré-admission

Nombre d'entretiens de pré-admission dans l'année	
---	--

3- Activités collectives et démarches extérieures avec les personnes accompagnées en ACT hors les murs

Nombre d'activités de groupe dans l'année	
---	--

Nombre d'accompagnements dans l'année pour une démarche extérieure (rendez-vous médicaux, démarches administratives...)	
---	--

Nombre de personnes accompagnées (file active) concernées par ces accompagnements	
---	--

4- Soutien et suivi après la sortie du dispositif

Existe t'il un service de suivi après la sortie du dispositif ACT hors les murs ?	
---	--

Nombre de personnes sorties dans l'année ayant bénéficié d'un suivi / soutien après leur sortie	
---	--

	1 à 3 mois	3 à 6 mois	6 mois à 1 an
--	------------	------------	---------------

Nombre de personnes sorties suivies dans l'année pendant :			
--	--	--	--

total	0
-------	---

Décrivez le type de suivi proposé

5- Intervention de prestataires extérieurs auprès des personnes accompagnées

Nombre de personnes accompagnées (file active) bénéficiant de l'intervention du professionnel ou service concerné, avant l'entrée en ACT	Nombre de personnes accompagnées (file active) pour lesquelles l'équipe de l'ACT hors les murs a mis en place les interventions des professionnels ou services ci- dessous
--	--

Hospitalisation à domicile, réseau de soin palliatif à domicile...		
Infirmiers à domicile, SSIAD, infirmiers libéraux, IDE ...		
Appareillage médicalisé (oxygène à domicile, lits médicalisés, ...)		
Kinésithérapeute		
Diététicien		
ophtalmologue, opticien		
Pédicure, podologue		
Dentiste, orthodontiste		
ergothérapeute		
psychologue		
médecin traitant		
psychiatre		
autres médecins spécialistes		
CAARUD, service addictologie...		

autres professionnels (para) médicaux, précisez :

Service d'interprétariat		
Conseiller emploi / insertion/accès à la formation/alphabétisation		
Juriste, avocat		
Tutelle, curatelle		

autres professionnels, précisez :

Commentaires

--

VIII. CANDIDATURES, ADMISSIONS et REFUS D'ADMISSION

1- Candidatures

Il s'agit ici de toutes les candidatures reçues et pas uniquement les candidatures des nouveaux entrants

	Femme	Homme	Transgenre/i ntersexe	Mineur	Total
Nombre de candidatures reçues dans l'année					0
dont nombre de candidatures avec accompagnant					0

Indiquez le nombre de candidatures reçues dans l'année, en fonction de la pathologie chronique principale, ayant motivé la demande des candidats

Indiquez une seule pathologie par candidature

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Cancers					0
Diabète					0
Insuffisance rénale chronique					0
Maladies cardio-vasculaires, hypertension					0
Troubles neurocognitifs (séquelles d'AVC,...)					0
Maladie neurologique dégénérative (SEP, Parkinson..)					0
Pathologie pulmonaire chronique					0
Maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation ...					0
Toxicomanie (hors alcool et tabac) ou traitement de substitution aux opiacés					0
Alcoolisme					0
Drépanocytose					0
Tuberculose					0
Cirrhose, insuffisance hépatique					0
Maladies génétiques, maladies rares, maladie orphelines...					0
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales					0
Aucune pathologie chronique (hors critère médicaux)					0

Autres, précisez						
						0
						0
						0
						0
						0
Ne sait pas, non renseigné						0
Total	0	0	0	0	0	0

Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes étaient atteintes de plusieurs pathologies ?	
Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes présentaient des conduites addictives (hors tabac, jeux ...) ?	

2- Admissions

Nombre de personnes admises dans l'année de référence	0
---	---

Nb de personnes orientées par :

Indiquez un seul service orientateur par personne admise

Votre dispositif ACT "classique"	
Association ou structure interne	
Etablissement ou service médico-social (addictologie, handicap, autre ACT, LHSS, LAM...)	
Etablissement social d'hébergement (CHRS, foyer...)	
Services sociaux municipaux/départementaux	
Services sociaux hospitaliers (et autres : ELSA, service de médecine, clinique...)	
SPIP ou UCSA (personnes placées sous main de justice ou sortie de prison)	
Association d'aide aux malades	
Autre association	
Initiative de la personnes ou des proches	
Initiative du médecin traitant	
CADA	

autres, précisez :

Ne sait pas, non renseigné	
total	0

3- Refus d'admission

Nombre de refus de candidature calculé	0
--	---

Nombre de refus d'admission en raison d'une absence de place disponible	
Nombre de refus car la personne nécessite une prise en charge hospitalière	
Nombre de refus car la personne nécessite une prise en charge en ACT, LAM ou LHSS "classiques"	
Nombre de refus en raison des conduites addictives	
Nombre de refus en raison des comorbidités psychiatriques	
Nombre de refus car le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie, pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)	
Nombre de refus car le dossier est incomplet, la personne n'a pas donné suite, une autre solution a été trouvée, la personne a refusé	
Nombre de refus car le dossier est hors critère, en fonction du projet d'établissement	
Nombre de refus car la personne est hors critère d'âge (trop jeune ou trop âgée)	
Nombre de refus car la personne est en situation irrégulière, par rapport au droit au séjour en France	
Nombre de refus car la personne est sans ressource	
Nombre de refus car la personne ne parle pas suffisamment le français	
Nombre de refus car la personne est sans perspective de sortie du dispositif	
Nombre de refus car la personne est hors critère sociaux (trop de revenus, ...)	

autres, précisez :

Ne sait pas, non renseigné	

total 0

Commentaires

--

IX. PROFIL DE LA FILE ACTIVE

La file active : les personnes occupant une place du dispositif dans l'année (personnes présentes au 31/12 + personnes sorties dans l'année)

1- Age des personnes accompagnées (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

< 18 ans	
----------	--

	Femme	Homme	Transgenre / intersexe
18 à 19 ans			
20 à 24 ans			
25 à 29 ans			
30 à 34 ans			
35 à 39 ans			
40 à 44 ans			
45 à 49 ans			
50 à 54 ans			
55 à 59 ans			
60 à 64 ans			
65 ans et plus			
Total	0	0	0

2- Origine géographique (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

Logées ou hébergées dans le département	
Logées ou hébergées dans un autre département	
Sans domiciliation (rue, squat, bidonville...)	

autre, précisez

Ne sais pas, non renseigné	

total 0

3- Situation familiale (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

Célibataires	
En union libre	
Pacsées	
Mariées	
Divorcées	
Veufs ou veuves	
Ne sait pas, non renseigné	

total 0

4- Personnes sous main de justice ou sortant de prison (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées sous main de justice ou sortant de prison	
--	--

Dont (situation à l'admission) :

Aménagement de peine	
Suspension de peine pour raison médicale	
Sortie de prison (libération)	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

Commentaires

--

5- Handicap (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées avec un handicap reconnu par la MDPH	
---	--

Commentaires

--

6- Pratiques addictives relevant de problématiques pathologiques (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Les réponses peuvent être cumulatives. Une personne ayant une dépendance à l'alcool et sous traitement de substitution comptera pour 1 dans chaque case prévue

Nombre de personnes accompagnées avec un :

Usage à risque ou nocif d' alcool	
Usage à risque ou nocif de substances psychoactives - (hors alcool et hors tabac)	
Traitement de substitution aux opiacés	

Commentaires

--

7- Profil des personnes accompagnées en fonction de leur(s) pathologie(s) (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Pathologie chronique principale (indiquez une pathologie par personne)

Nombre de personnes ayant la pathologie chronique suivante, ayant justifié l'admission :

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Cancers					0
Diabète					0
Insuffisance rénale					0
Maladies cardio-vasculaires, hypertension					0
Trouble neurocognitif (séquelles d'AVC,...)					0
Maladie neurologique dégénérative (SEP, Parkinson..)					0
Pathologie pulmonaire					0
Maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation ...					0
Toxicomanie (hors alcool et tabac) ou traitement de substitution aux opiacés					0
Alcoolisme					0
Drépanocytose					0
Tuberculose					0
Cirrhose, insuffisance hépatique					0
Maladies génétiques, maladies rares, maladie orphelines...					0
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales					0
Maladies autoimmunes					0
Autres, précisez					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

Comorbidités chroniques associées

Ne pas considérer les infections non chroniques, les effets post-chirurgicaux, l'incontinence, la perte d'autonomie, les addictions comme des comorbidités

Nombre de personnes accompagnées avec au moins une comorbidité chronique (hors addiction, alcoolisme et handicap)	
---	--

Nombre de personnes ayant la comorbidité chronique suivante :

Plusieurs comorbidités peuvent être comptabilisées par personne

Ne pas comptabiliser à nouveau les pathologies principales (déjà mentionnées dans le tableau ci-dessus)

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Cancers					0
Diabète					0
Insuffisance rénale					0
Maladies cardio-vasculaires, hypertension					0
Trouble neurocognitif (séquelles d'AVC,...)					0
Maladie neurologique dégénérative (SEP, Parkinson..)					0
Pathologie pulmonaire					0
Maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation ...					0
Drépanocytose					0
Tuberculose					0
Cirrhose, insuffisance hépatique					0
Maladies génétiques, maladies rares, maladie orphelines...					0
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales					0
Maladies autoimmunes					0
Obésité morbide					0
Autres, précisez					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

X. LES SORTIES (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées sorties du dispositif dans l'année (personnes décédées comprises)	0
--	---

dont, nombre de sortants :

Ayant été accompagnés dans leur logement durable	
Ayant été accompagnés en institution sociale ou dédiée aux demandeurs d'asile	
Ayant été accompagnés dans leur hébergement précaire (squat, bidonville, chez des proches...) ou qui étaient sans hébergement	
total	0

1- Personnes accompagnées dans leur logement

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées dans leur logement :

décédés pendant l'accompagnement	
ayant pu rester dans son logement	
ayant eu accès à un autre logement avec bail direct (plus adapté, plus salubre ...)	
ayant accédé à un autre logement avec bail glissant ou en logement accompagné (ex: résidences sociales/pension de famille, intermédiation locative...)	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes handicapées	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un établissement social (CHRS, ...)	
ayant intégré un établissement de santé (hopital, SSR...)	
ayant intégré un hopital psychiatrique	
ayant été emprisonnés (prison, maison d'arrêt)	
ayant perdu son logement et étant hébergé dans sa famille ou chez des proches	
étant rentrés dans leur pays d'origine (volontairement ou non)	
ayant perdu son logement et ayant recours à l'hébergement d'urgence, à l'hotel	
ayant perdu son logement et se retrouvant à la rue (sans solution)	

autre préciser,

Ne sait pas, non renseigné	
total	0

Parmi ces sortants, combien

ont rompu le contrat d'accompagnement à leur initiative	
ont été exclus du dispositif	

2- Personnes accompagnées en institution sociale ou dédiée aux demandeurs d'asile

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées en institution sociale ou dédiée aux demandeurs d'asile :

décédés pendant l'accompagnement	
restés dans la même institution	
ayant accédé à un logement avec bail direct	
ayant accédé à un logement avec bail glissant ou en logement accompagné (ex: résidences sociales/pension de famille, intermédiation locative...)	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes handicapées	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un autre établissement social (CHRS, ...)	
ayant intégré un établissement de santé (hôpital, SSR...)	
ayant intégré un hôpital psychiatrique	
ayant été emprisonnés (prison, maison d'arrêt)	
étant retournés vivre dans leur famille durablement (amélioration de la situation)	
ayant quitté l'institution et étant hébergé dans leur famille ou chez des proches de manière précaire	
étant rentrés dans leur pays d'origine (volontairement ou non)	
ayant quitté l'institution et ayant recours à l'hébergement d'urgence, à l'hôtel...	
ayant quitté l'institution et se retrouvant à la rue (sans solution)	
autre préciser,	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

Parmi ces sortants, combien

ont rompu le contrat d'accompagnement à leur initiative	
ont été exclus du dispositif	

3- Personnes accompagnées sans hébergement ou en hébergement précaire

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées en hébergement précaire ou sans hébergement :

décédés pendant l'accompagnement	
restés dans la même situation	
ayant accédé à un logement avec bail direct	
ayant accédé à un logement avec bail glissant ou en logement accompagné (ex: résidences sociales/pension de famille, intermédiation locative...)	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes handicapées	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un établissement social (CHRS, ...)	
ayant intégré un établissement de santé (hôpital, SSR...)	
ayant intégré un hôpital psychiatrique	
ayant été emprisonnés (prison, maison d'arrêt)	
retournés vivre dans leur famille de manière durable (amélioration de la situation)	
ayant pu être hébergés dans leur famille ou chez des proches de manière précaire mais avec tout de même une amélioration de la situation	
étant rentrés dans leur pays d'origine (volontairement ou non)	

autre préciser,

Ne sait pas, non renseigné	

total 0

Parmi ces sortants, combien

ont rompu le contrat d'accompagnement à leur initiative	
ont été exclus du dispositif	

Commentaires

XI. LES DUREES DE SEJOURS (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées au
31/12 dans l'ACT hors les murs depuis :
(période totale, si allers-retours)

Nombre de personnes sorties dans l'année
du dispositif hors les murs, qui étaient
accompagnées dans le dispositif depuis:

0 à 6 mois		
6 à 12 mois		
12 à 18 mois		
18 à 24 mois		
plus de 2 ans		

0

0

Durée moyenne de séjour uniquement des personnes sorties dans l'année (en jours)

Par exemple , sur 10 personnes dans la file actives, 3 sont sorties du dispositif dans l'année :

durée de séjour de la personne A : 244 jours (soit 8 mois)

durée de séjour de la personne B : 517 jours (soit 1 an et 5 mois)

durée de séjour de la personne C = 395 jours (1 an et 1 mois)

$$\text{durée moyenne de séjour} = \frac{244 + 517 + 395}{3} = 385,3 \text{ jours}$$

Taux d'occupation

(= nombre de journées d'occupation/ nombre de journées autorisées)

En cas d'hospitalisation par exemple, lorsque la place est momentanément inoccupée mais gardée pour le résident concerné, celle-ci est considérée comme occupée.

En cas de suspension temporaire de la possibilité d'accompagnement par la structure ACT, si la place d'ACT n'est pas "occupable" dans les faits, elle est tout de même autorisée et doit entrer dans le décompte du dénominateur "nombre de journées autorisées"

Commentaires