***Appel à manifestation préliminaire d’intérêt***

**Prise en charge sanitaire des personnes très démunies par des équipes mobiles et mise en place d’un dispositif régional et territorialisé d’aller-vers**

**Contexte**

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

La notion de parcours de soin et de vie de ce public exige des interconnexions et des complémentarités d’intervention entre social, médico-social et sanitaire.

Le décloisonnement des secteurs, gage de réussite, prend ici toute son ampleur; ces parcours ne sont nécessairement pas linéaires mais prennent appui sur une diversité de de ressources et d’offre (aller vers, équipes mobiles de repérage, de diagnostic, de consultations, etc…), de mise à l’abri, d’hébergement de stabilisation, de dispositifs passerelles, etc…

**Le Ségur de la santé a retenu dans sa mesure 27 la création de nouveaux dispositifs d’aller vers : les LHSS mobiles, les équipes mobiles santé précarité, les SSIAD précarité, les ACT à domicile et les PASS mobiles, aux côtés du renforcement des PASS et des EMPP et de la création de nouvelles places de LHSS. Des financements sont prévus pour renforcer également les actions hors les murs des structures en addictologie.**

**Pour l’Ile-de-France, l’objectif est de définir un cadre lisible, organisé, structuré pour proposer une réponse adaptée aux besoins, avec une allocation de ressources maitrisée, pour la santé des personnes hébergées au sein des structures du secteur AHI et des personnes en situation de rue (campements, bidonvilles, squats).**

Les équipes mobiles réalisant des bilans de santé, les équipes de médiation sanitaire et les maraudes sanitaires existent en Ile-de-France depuis plusieurs années et s’inscrivent déjà pleinement dans les démarches d’aller-vers. Ces dispositifs existants fournissent des acquis solides sur lesquels il est nécessaire de prendre appui dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs d’aller-vers. Ils présentent également des limites, qu’il convient de désormais de dépasser

Dans ce cadre, l’Agence Régionale de Santé lance un appel à manifestation préliminaire d’intérêt afin d’identifier des projets d’équipes mobiles médico-sociales éventuellement reposant sur des coopérations d’acteurs et permettant la prise en charge sanitaire des personnes très démunies, et de conforter des équipes préexistantes.

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

**Pourquoi un appel à manifestation préalable d’intérêt ?**

La mesure 27 du Ségur de la Santé permet la mise en place de différents types d’équipes mobiles dans le champ de la santé, en assurant un financement pérenne de leurs actions. Ces équipes seront soutenues par des crédits relevant de l’ONDAM spécifique.

Plusieurs types d’interventions sont prévues, des cahiers des charges nationaux globaux et le montant total des financements ne sont pas entièrement arbitrés. Pour les dispositifs mobiles, les ARS devraient recevoir une ou plusieurs enveloppes globales, charge à elles de déterminer la file active pouvant être prise en charge dans ces dispositifs et le nombre d’équipe pouvant dès lors faire l’objet d’un financement.

Des appels à projets seront nécessaires pour les nouveaux dispositifs mais l’ARS a souhaité engager sans attendre un dialogue avec les acteurs franciliens afin d’affiner la stratégie d’aller-vers francilienne au regard des projets pouvant contribuer à l’élargissement significatif des pratiques en direction des habitants confrontés à la grande précarité.

Cet appel à manifestation préliminaire d’intérêt définit un cadrage général de la démarche, et présente les grandes lignes de chaque type d’intervention.

L**es acteurs franciliens sont invités à élaborer une fiche simple de présentation de l’action qu’ils souhaitent proposer pour contribuer au dispositif régional**

**A partir d’une vision globale des différentes propositions, et en fonction des derniers arbitrages nationaux (crédits, cahiers des charges), un ou plusieurs Appels à projets formels seront lancés.**

**Ce document et ses annexes constitue donc la première étape d’un processus itératif, qui intègre l’appréhension préalable des ressources potentielles dans la région et des propositions des acteurs**

**Les étapes suivantes seront**

* **La définition du mode de planification et de régulation régionales du dispositif**
* **Le lancement du ou des appel(s) à projets (juillet 2021)**
* **La mise en place des dispositifs, attendue pour le 3° trimestre 2021**

En fonction des crédits disponibles, un nombre plus ou moins élevé d’actions pourra être retenu dans chacune des catégories prévues.

Ce dispositif global est conçu pour permettre une montée en charge rapide, la délégation précoce de crédits, et l’inscription de chaque action dans le projet régional d’aller-vers porté par l’Agence dans le cadre du Ségur et de son Projet régional de Santé.

**Objectifs de la démarche, prestations attendues, et premiers éléments sur l’éligibilité**

L’ambition de ce processus est la constitution ou la pérennisation d’équipes médico-psycho-sociales pluridisciplinaires incluant obligatoirement des professionnels de santé (des travailleurs sociaux, psychologues, médiateurs sanitaires, souhaités, peuvent venir en complémentarité au sein de l’équipe ou via des partenariats).

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

**Les personnes concernées** sont :

* Personnes vivant à la rue, en campements ou dans des bidonvilles
* Personnes vivant en dispositifs d’hébergement (CHU, CHRS, hôtels sociaux, hébergements transitoires collectifs, etc…) ou relevant du droit d’asile (CAES, CADA, HUDA…)
* Les personnes résidant en FTM ou en résidences sociales non transformées
* Et tout autre type de conditions de vie dont l’Agence Régionale de Santé estimerait qu’elle justifie la mise en place d’une stratégie d’aller-vers sanitaire

Parmi les besoins spécifiques identifiés en Ile-de-France, **une attention sera portée à certaines catégories :**

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

**Les équipes mises en place doivent pouvoir intervenir**

* De leur propre initiative, selon une stratégie définie dans le projet initial ;
* A la demande et en appui aux professionnels de santé de droit commun :
* A la demande des gestionnaires de lieux d’hébergement, des SIAO ;
* Dans le cadre de programmes mis en place par l’Agence Régionale de Santé ou validée par elle, qu’il s’agisse d’interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d’urgence.

**La régulation du déclenchement des interventions** autre que d’initiative propre sera prévue dans un second temps, soit à l’échelle départementale, soit à l’échelle régionale

Les équipes opèrent **en interaction avec les dispositifs et l’offre existants**, dans une logique de proximité et de complémentarité. Elles opèrent également en articulation avec les équipes mobiles spécialisées ou les actions hors les murs de dispositifs de prévention prévues dans d’autres cadres réglementaires (actions hors les murs des CSAPA référents, action hors les murs de PMI, EMPP). Le projet déposé devra expliciter particulièrement ces modalités d’articulation. Elles opèrent enfin en articulation avec les dispositifs sociaux d’aller-vers (maraudes professionnelles et bénévoles, bus d’accès aux droits, etc.).

**Une approche volontairement souple**

La déclinaison de la mesure 27 du Ségur de la Santé prévoit plusieurs types d’équipes mobiles. Il est demandé à chaque opérateur de préciser le type d’équipe qu’il souhaite mettre en place.

Toutefois, à l’issue de l’appel à manifestation préliminaire d’intérêt, l’Agence pourra proposer un positionnement dans un autre cadre jugé plus adapté, accompagné éventuellement de modifications dans le projet si ces modifications permettent une meilleure insertion dans la stratégie régionale globale ou pour mise en conformité avec les futurs textes réglementaires nationaux

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

Enfin, en fonction des besoins de chacun des territoires, et en tenant compte des textes nationaux, l’Agence pourra proposer des ***financements mixtes relevant de plusieurs dispositifs***, si ces expérimentations permettent une meilleure réponse.

**Les prestations attendues** peuvent être de plusieurs ordres :

* Bilans de santé (selon un cahier des charges régional standardisé) ; participation à des programmes de prévention individuelle – vaccinations ou dépistage ;
* Evaluation ponctuelle et premiers soins ;
* Prise en charge à moyen terme, avant recours au système de santé de droit commun ;
* Prise en charge à plus long terme, soit pour des soins infirmiers, soit pour une prise en charge médicalisée

L’Agence souhaite par ailleurs mettre en place **une ou des équipes spécialisées en périnatalité et/ou santé du jeune enfant**, en complément des dispositifs actuellement existants sur le plan sanitaire (PMI, LHSS mineurs…) et en appui aux dispositifs d’hébergement ouverts et en cours de création (plan spécifique).

Par contre, les besoins d’équipes spécialisées en santé mentale sont couverts par les EMPP et ne relèvent pas de cet appel

Dans tous les cas, l’intervention doit comprendre une **dimension sanitaire** (médicale ou infirmière) et une **dimension sociale** (travail d’ouverture de droits et de liaison avec l’accompagnement social), avec les adaptations nécessaires selon le public visé (périnatale pour des équipes intervenant auprès des femmes enceintes ou sorties de maternité).

Les équipes contribuent à la formation/sensibilisation des acteurs sociaux en matière de promotion de la santé et participent à des actions d’éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Chacune des équipes concourant au dispositif régional et territorial devra contribuer à la **mise en place d’un système d’information** permettant de suivre les besoins des publics concernés, le niveau de réponse apportée, et de contribuer à l’évaluation de l’action globale. Le financement par l’Agence au titre de la mesure 27 implique donc un rendu-compte quantitatif et qualitatif sur la base d’indicateurs communs à l’ensemble des opérateurs. Ces indicateurs ne comprennent évidemment aucune donnée nominative relevant du secret médical ou professionnel.

Par ailleurs, toutes les équipes qui seront retenues s’engageront à mentionner le fait qu’elles relèvent du **dispositif régional et territorial en faveur de la santé des personnes défavorisées mis en place par l’Agence régionale de Santé** (ou d’un autre intitulé si celui-ci vient à changer)

***Ne seront pas éligibles à ce financement***

* *Les équipes mobiles, maraudes, interventions n’incluant pas un professionnel de santé*
* *Les équipes mobiles relevant des établissements de santé (PASS mobiles), ou relevant d’un financement spécialisé (addictologie, psy-précarité -EMPP) ou du financement de droit commun (secteur psychiatrique, DAC, etc…)*

**ANNEXE 1 :**

**Déposer une lettre d’intention**

Afin de contribuer à la finalisation de la stratégie globale, les acteurs sont invités à transmettre une lettre d’intention précisant, ne dépassant pas 4 pages, et présentant les points suivants

**Caractérisation de l’organisme**

Statut, expérience dans le champ de la santé des plus démunis, agrément au titre de structures médico-sociales de soins résidentiels, etc…

**Dispositif envisagé** (LHSS hors les murs, ACT sans hébergement, équipe précarité, SSIAD Précarité, ou indéterminé)

**S’agit-il d’un projet existant ?** Si oui

* Est-il financé par l’Agence en FIR ou CNR ?
* S’agit-il d’une pérennisation, d’une extension géographique ou méthodologique, ou d’une inflexion (décrire)

**Principales caractéristiques du projet**

* Habitant-e-s concerné-e-s
* Territoire(s) concerné(s)
* Nature de la proposition (description de la démarche, des prestations de soins proposées, de l’accompagnement social)
* Type de collaboration/alliance envisagé entre le secteur médico-social et le secteur de la médiation

**Estimation de la file active**

**Partenariat**

* Acté (accords écrits)
* Envisagé

**Composition prévisionnelle de principe des équipes**

***Les lettres d’intention sont à adresser au plus tard le 30 juin à l’adresse :***

[***ars-idf-ségur-allersvers@ars.sante.fr***](mailto:ars-idf-ségur-allersvers@ars.sante.fr)

**A l’étape d’Appel à Projets, un dossier devra être déposé sous une forme et des modalités qui seront précisées ultérieurement (démarche en ligne).**

**ANNEXE 2 :**

**ETAT DES LIEUX DES CADRES POSSIBLES DE FINANCEMENT**

La déclinaison de la mesure 27 du Ségur de la Santé prévoit plusieurs types d’équipes mobiles.

***Les LHSS mobiles (décret 2020-1745 du 29 décembre 2020) et les Equipes mobiles santé précarité (en attente du texte réglementaire)***

*Ces deux types d’équipes répondent aux mêmes missions. Les LHSS mobiles sont rattachés à une structure LHSS*

*Les équipes mobiles santé précarité sont créées ad hoc, ou rattachées à une autre structure éventuellement (sous réserve précisions nationales)*

**Les LHSS mobiles**

Ils sont rattachés juridiquement et opérationnellement à des structures LHSS de soins résidentiels.

Les LHSS mobiles interviennent en tant qu’équipes mobiles pluridisciplinaires médico-sociales. Ils comprennent au moins une compétence infirmière et des compétences sociales et une compétence médicale : médecin généraliste présent dans l’équipe ou d’astreinte pour répondre à toute sollicitation par l’équipe d’un avis médical additionnel.

Ils interviennent en amont et en aval.

Mission d’amont : Ils se déplacent à la rencontre des personnes sans abri ou hébergées en situation de détresse sociale et interviennent sur signalement de professionnels (de maraudes sociales, médico-sociales de RDRD ou de médiation sociale, du 115, de structures AHI, de structures sociales, de mairies, etc.), de particuliers, des personnes elles-mêmes. Ils peuvent intervenir en suivi post soins résidentiel de personnes sorties de LHSS. Ils peuvent assurer des missions de veille sanitaire.

Les LHSS mobiles ne sont pas « sectorisés » mais ont un périmètre d’intervention clairement identifiable et interviennent en journée, de nuit, sur des jours définis ou 7jours/7.

Les équipes mobiles peuvent fonctionner en camion/bus/véhicule aménagé avec un chauffeur, au mieux formé pour être intervenant/accueillant social.

Ces équipes permettent de repérer, d’évaluer et de dispenser des premiers soins médicaux et paramédicaux quelle que soit la situation administrative du patient. Elles assurent un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes

Mission d’aval : Elles interviennent également pour renforcer la **coordination du parcours de santé/soins** des personnes en situation médico-sociale complexe sur leur lieu de vie, les accompagner dans leur parcours de soins et **favoriser l’interdisciplinarité** des prises en charge sanitaires. Elles peuvent ainsi intervenir pour mettre en œuvre les **orientations en sortie d’hospitalisation et de SSR ou de structures de soins résidentiels.**

Par ailleurs, au titre des missions nouvelles des LHSS en matière d’accueil de jour (décret publié), des permanences de consultations médicales et paramédicales avancées ont été rendues possibles.

L’équipe pluridisciplinaire se déplace dans une structure d’accueil ou d’hébergement et assure une consultation médicale et paramédicale auprès d’un public correspondant à celui visé pour l’accompagnement en LHSS.

Les consultations sont assurées par un médecin (ou une sage-femme dans le champ de la périnatalité), un infirmier, un psychologue en fonction des besoins, du projet d’établissement du LHSS et du partenariat conclu, permettent l’évaluation de l’état de santé des personnes, leur fournissent des soins de premier recours et, le cas échéant, une orientation vers une structure de soins complémentaire.

**Les Equipes Mobiles Santé Précarité**

Dans une logique similaire aux LHSS mobiles mais sans condition de rattachement à un LHSS, les équipes mobiles santé précarité se déplacent à la rencontre des personnes hébergées en structures AHI et auprès de personnes sans abri en situation de détresse sociale pouvant rencontrer des freins dans l’accès aux soins, en raison de l’absence d’une couverture ou d’un non-recours aux soins.

Ces équipes comprennent au moins un binôme infirmier et travailleur social/médiateur/éducateur. Un temps médical ne serait pas exigé en tant que composante du dispositif équipe santé précarité » mais son éligibilité sera conditionnée à la possibilité de recourir à un médecin, qu’il soit membre de l’équipe, membre de la structure porteuse de l’équipe ou extérieur à la structure par convention de partenariat.

Mission d’amont : Les équipes santé précarité interviennent dans le cadre de bus sanitaires, maraudes mixtes, veilles sanitaires de rue. Elles effectuent notamment des bilans infirmiers de santé et d’orientation auprès des populations.

Ces équipes assurent une prise en charge globale et personnalisée des personnes dans leur environnement personnel en lien avec les ressources locales sanitaires auprès des acteurs de l’hébergement autres que ci-dessus…

Elles interviennent en réponse à des besoins non couverts et en soutien aux professionnels de terrain,

Elles doivent mettre en œuvre une forte rapidité d’intervention et leur aire d’intervention géographique doit s’efforcer d’être cohérente avec les territoires de santé/DAC, en dépit de la diversité d’implantation et d’organisation territoriale des établissements éventuellement supports de ces équipes. Elles interviennent donc soit sur un périmètre régional fixé en accord avec l’Agence, dans le cadre d’une convention de partenariat thématique, soit sur une zone géographique prédéterminée. Dans ce dernier cas, elles doivent passer convention ou accord avec les dispositifs de coordination (DAC) de droit commun, et avec les services de PMI si elles interviennent en direction des femmes enceintes ou avec jeunes enfants.

Par ailleurs : Les équipes santé précarité favorisent l’interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Elles peuvent accompagnent les intervenants sociaux dans la mise en œuvre d’action de promotion de la santé, contribuer à renforcer la **coordination du parcours de santé/soins** des personnes en situation médico-sociale complexe sur leur lieu de vie, les accompagner dans leur parcours de soins et **favoriser l’interdisciplinarité** des prises en charge sanitaires.

***Les ACT sans hébergement (décret 2020-1745 du 29 décembre 2020)***

Ils sont rattachés juridiquement et opérationnellement à des ACT.

La composition des équipes d’ACT sans hébergement est similaire à celle des ACT et pourra être adaptée en fonction du public visé et des modalités d’intervention.

Mission d’aval : les ACT sans hébergement proposent un accompagnement pluridisciplinaire de personnes démunies souffrant de pathologies chroniques sur une durée importante, à ce stade encore à préciser.

Ils assurent un suivi et une coordination des soins, l’observance des traitements ainsi qu’un accompagnement psychologique et une aide à l’insertion en lien avec les intervenants des lieux de vie des personnes

Ils travaillent à une meilleure autonomie des personnes vis-à-vis de leur traitement.

Ils s’inscrivent dans une démarche de fluidité dans le dispositif des ACT classiques en facilitant la mobilisation de logements d’aval par les bailleurs sociaux.

La composition des équipes d’ACT sans hébergement sera constituée en fonction du public visé et des modalités d’intervention.

***Les Service de Soins Infirmiers à Domicile -SSIAD précarité ( en attente du texte réglementaire)***

Mission d’aval : Les SSIAD précarité assurent la prise en charge, dans le lieu de vie, des **soins infirmiers de base, d’hygiène et de nursing** des personnes en situation de grande *précarité* :

* des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés à la personne afin de maintenir, restaurer ou compenser ses capacités d'autonomie (dont les toilettes),
* des soins techniques infirmiers (injections, pansements, traitements…) ;
* Une préparation, l’administration et la surveillance des thérapeutiques ;
* Des actions de suivi, de prévention, d’éducation, d’évaluation et de surveillance (risque de chute, douleur, dénutrition…).

Les SSIAD Précarité sont des SSIAD atypiques aussi bien dans le profil des usagers, que dans les objectifs de soins.

Ils n’interviennent que **sur prescription médicale**. Les SSIAD précarité doivent se faire connaître en amont des établissements de santé, centres de santé, CCAS, PASS (etc…), et des équipes mobiles dotées de référents médicaux intervenant sur une même zone géographique.

dans tous les lieux de vie fréquentés par les personnes très démunies (structures d’accueil d’urgence, les pensions de famille, campements de populations rom, squat, appartements de coordination thérapeutiques…) pour des soins 7 jours sur 7 si nécessaire, sans condition d’ouverture de droits. La durée de prise en charge est celle précisée sur la prescription.

**Pour mémoire : les EMPP et les PASS mobiles ne relèvent pas de cet appel à manifestation préliminaire d’intérêt, mais leur existence doit être connue par les promoteurs de projets éligibles :**

Les PASS mobiles (permanences d’accès aux soins de santé) sont rattachées à des PASS hospitalières, avec un effectif propre, répondent au cahier des charges de la DGOS.

Elles **interviennent pour « aller vers » les publics très marginalisés, éloignés des questions de santé (campements de rue, bidonvilles…). Elles proposent une évaluation sanitaire pour prendre en charge les problèmes de santé les plus urgents et assurent un accompagnement aux soins, en orientant notamment vers leur PASS de rattachement. Elles sont composées préférentiellement d’infirmiers et de travailleurs sociaux, auxquels peuvent s’associer des médecins (notamment lors de campagnes de dépistage ou de promotion de la vaccination). Elles peuvent proposer des bilans de santé infirmiers et des consultations médicales avancées, et peuvent effectuer des soins infirmiers possibles sur place, et remettre des médicaments.**

**Les EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité) sont des équipes rattachées à un établissement de santé. Elles ont pour vocation de travailler auprès des publics en précarité, en allant au-devant des personnes en situation de précarité et d’exclusion, quels que soient les lieux où leurs besoins s’expriment ou sont repérés (personnes sans abri ou en habitation indigne), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l’évaluation des besoins de prise en charge en santé mentale, l’orientation et l’accès au dispositif de soins si nécessaire. L’objectif est d’accompagner les personnes afin qu’elles se réinscrivent dans un dispositif de droit commun, tout en jouant le rôle de filtre dans la file active en psychiatrie, et** **en assurant une fonction d’interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l’exclusion.**

**ANNEXE 2 bis**

**Tableau comparatif des différents dispositifs** *(attention : ce tableau est simplement indicatif, et n’a aucune valeur d’opposabilité***)**

**Exemple d’articulation des dispositifs**

| Dispositifs  Caractéristiques | **LHSS mobiles ou hors les murs** | **Equipes Mobiles Santé Précarité**  **(EMSP)** | **ACT sans hébergement** | **Service de Soins Infirmiers à Domicile – SSIAD précarité** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Publics cibles** | Toutes personnes sans domicile rencontrant des freins dans l’accès aux soins, en raison de l’absence d’une couverture ou d’un non-recours aux soins  Personnes en situation de rue  Personnes accueillies et accompagnées en secteur AHI  Pathologies aigües ou chroniques | Toutes personnes sans domicile pouvant rencontrer des freins dans l’accès aux soins, en raison de l’absence d’une couverture ou d’un non-recours aux soins  Personnes en situation de rue  Personnes accueillies et accompagnées en secteur AHI | Personnes souffrant d’une maladie chronique invalidante bénéficiant d’un logement et présentant une ou plusieurs vulnérabilités: fragilité psychique, précarité économique, environnement administratif et juridique inexistant, éloignement du système de santé, isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques et ou addictives.  Personnes sans domicile accueillies en établissement d’hébergement ou d’insertion | Personnes sans domicile accueillies en établissement d’hébergement ou d’insertion présentant des problématiques de santé aigües et chroniques nécessitant des soins infirmiers et de nursing |
| **Missions** | Repérage, évaluation médico-psycho-sociale des personnes en situation de grande précarité  Dispensation de premiers soins médicaux et paramédicaux  Orientation vers des structures et dispositifs de mise à l’abri et d’hébergement (CHU, CHRS, etc.) via le 115 et orientation directe vers les structures et dispositifs de soins résidentiels  Suivi post soins résidentiels  Aller-vers (coordonnés) dans les structures d’hébergement/logement accompagné pour évaluer les situations et aider à amorcer des parcours de soins (maraudes sanitaires, permanences médicales ou paramédicale…)  Accompagnement social personnalisé  Coordination du parcours de santé/soins  Anticipation, préparation et coordination des sorties d’hôpital, de soins de suites et réadaptation ou de structures médicosociales résidentielles  Assurer un suivi des personnes malades et un accompagnement de proximité dans leur traitement  Permanence de consultations médicales ou paramédicales avancées dans des structures d’accueil ou d’hébergement  Mener une mission de veille sanitaire  Appuyer les équipes dans l’accompagnement des personnes malades | Réalisation de bilan de santé et d’orientation  Prise en charge en charge globale et personnalisée  Accompagnement des intervenants sociaux dans la mise en œuvre d’action de promotion de la santé  Aller-vers (coordonnés) les personnes à la rue ou dans les structures d’hébergement/logement accompagné pour évaluer les situations et aider à amorcer des parcours de soins (maraudes sanitaires, permanences médicales ou paramédicale, …)  Proposer des bilans de santé infirmiers d’orientation  Mener une mission de veille sanitaire  Appuyer les équipes dans l’accompagnement des personnes malades  Mener des actions médiations sanitaires  Conduire des actions de dépistage collectif ou de vaccination de masse | Définir un accompagnement médico-psycho-social personnalisé dans une démarche de co-construction avec la personne et permettant de maintenir en logement/hébergement des personnes souffrants de pathologies lourdes  Suivi et coordination des soins  Observance des traitements et accompagnement vers une autonomie des personnes vis-à-vis de leur traitement  Accompagnement psychologique  Aide à l’insertion  Contribue à la mobilisation de logements d’aval par les bailleurs sociaux | Prise en charge des soins infirmiers :  Soins techniques, soins d’hygiène et de nursing, préparation, administration et surveillance des thérapeutiques  Actions de suivi, prévention, éducation, évaluation et surveillance  Coordination de parcours de santé    Appui des équipes AHI dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies |
| **Conditions administratives et sociales d’accès au dispositif** | Accueil inconditionnel | | | |
| **Structures porteuses du dispositif** | Rattachement juridique et opérationnel à une structure LHSS de soins résidentiels considéré comme une activité complémentaire | Dispositif médicosocial ad hoc | Rattachement juridique et opérationnel à une structure d’ACT avec hébergement | *en cours de précision* |
| **Composition de l’équipe** | Infirmier  Aides-soignants  Travailleur social  Médecin présent ou d’astreinte  Chauffeur/médiateur | Infirmier  Travailleur social/médiateur/éducateur | Similaire à celle des ACT avec hébergement :  Médecin coordinateur  Infirmière  Educateur spécialisé  Assistante sociale  Psychologue | Infirmier |
| **Modalités**  **d’intervention** | Sur signalement de professionnels, de particuliers, ou des personnes concernées  Périmètre d’intervention identifié  Intervention diurne, nocturne 7jours/7  Intervention en camion/bus/véhicule aménagé avec chauffeur | Forte rapidité d’intervention  Intervention dans le cadre de bus sanitaires, maraudes mixtes, veille sanitaire de rue  Intervention en réponse aux besoins non couverts et en soutien aux professionnels de terrains  Intervention sur un périmètre régional défini en accord avec l’ARS ou sur une zone géographique prédéterminée  Un médecin « en recours » doit être identifié (ce médecin peut relever d’une autre structure ou dispositif) | Dimension passerelle : accompagnement de l’ACT avec hébergement vers un logement de droit commun  Possibilité d’accompagnement physique des personnes à des RDV médicales, relatifs à démarches de droits communs  Passage d’un intervenant une fois par semaine | Intervention sur prescription médicale dans tous les lieux de vie  Intervention 7jours/7 si nécessaire |
| Remarque : il sera possible de prévoir des interventions « multisite » (plusieurs sites en simultanée par un seul professionnel) en cas de soins simples par exemple | | | |
| **Partenariats** | Structures médico-sociales et du secteur AHI implantées dans le périmètre géographique d’intervention du LHSS mobile  Autres dispositifs d’aller vers  PASS  EMPP  Etablissements de santé somatiques et psychiatriques | Secteur AHI  Dispositifs d’Appui à la Coordination (DAC)  PMI | Etablissements de santé prenant en charge des patients atteints de pathologies chroniques sévères  Médecins traitants et spécialistes libéraux  Réseaux de santé concernant les pathologies des personnes accueillies  Services sanitaires intervenant à domicile (HAD, infirmiers libéraux, SIAD)  Services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO)  Associations de patients atteints de maladies chroniques | Etablissements de santé  Centres de santé  CCAS  PASS  Equipes mobiles dotées de référents médicaux intervenant sur une même zone géographique |
| **Financement** | Dotation globale sur l’ONDAM médico-social spécifique | | | |
| **Coût à la place** |  |  | 11 000 euros par place/an |  |