

Master 2^{ème} année
**Management Sectoriel, Parcours « Management des
Organisations Soignantes »**

Déploiement d'une ESSIP dans le Val-de-Marne : une approche
innovante des soins pour les populations en grande précarité

ECUE 7.2
ABDENOUR KHELIL
PATRICK FARNAULT

Maxime LUPO
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement toute l'équipe de l'ESM pour son accompagnement tout au long de ces deux années. Leur disponibilité, leur bienveillance et l'attention portée à chacun des étudiants ont grandement contribué à la qualité de cette formation. Un remerciement particulier à Patrick Farnault, qui a dirigé l'école pour sa dernière année avec nous. Sa vision de la pédagogie et son engagement ont fait de l'ESM un véritable lieu de savoir et d'échange.

Merci à mon conjoint, David, pour son soutien sans faille dans cette reprise d'études, et pour avoir partagé avec moi, au quotidien, les exigences et les joies de ce parcours. Une telle aventure est aussi un engagement de nos proches.

Merci à Sabine et Michel, dont la présence et le soutien constant depuis le début de ma carrière professionnelle ont compté bien au-delà des mots.

Merci également à Marc et Alexis, mes compagnons de révision devenus amis. Nos échanges, notre entraide et la dynamique que nous avons su construire ensemble ont été aussi formateurs que les cours eux-mêmes pendant ces deux années.

Enfin, toute ma reconnaissance à Laurie, ma co-pilote de projet, qui a su reprendre le flambeau avec brio. Son énergie, sa rigueur et sa bonne humeur ont été précieuses tout au long de cette aventure.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1. Concepts théoriques et fondamentaux du projet.....	5
1.1 Ethnosoin, Ethnopsychiatrie et précarité	6
1.2 Habitat et santé	7
1.3 L'accès aux soins	8
<i>Freins à l'accès aux soins</i>	8
<i>Facilitateurs de l'accès aux soins</i>	9
1.4 Le « care » et la relation thérapeutique	10
1.5 Leadership et ancrage territorial des équipes mobiles.....	10
2. Contexte et besoins du projet	12
2.1 La précarité dans le Val-de-Marne	12
2.2 Etats des lieux des dispositifs existants sur le territoire dans le champ de la précarité et de la santé 16	
2.3 Les besoins en santé identifiés sur le territoire : contours des enjeux de la création d'une nouvelle ESSIP18	
3. Stratégie, gouvernance et pilotage du projet.....	19
3.1 Fondation l'Elan Retrouvé : cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées, connaissance du territoire et des publics cibles.....	19
3.2 Fondation l'Elan Retrouvé : cohérence du projet ESSIP avec les valeurs.....	21
3.3 Fondation l'Elan Retrouvé : organigramme du siège	22
4. Planification et pilotage du projet.....	23
4.1 Le SWOT : analyse et ajustement stratégique.....	25
4.2 Le Benchmarking : un exercice d'observation et de comparaison	25
4.3 Le GANTT : de la conception à la mise en œuvre	27
4.4 Le rôle clés des parties prenantes dans le pilotage et la coordination.....	29
4.5 Structurer la réponse à l'AAP et présenter l'argumentaire à l'ARS	32
5. Le déploiement opérationnel de l'ESSIP.....	36
5.1 Phase de lancement : Le Recrutement.....	36
5.2 Recherche et aménagement des locaux, acquisition du véhicule, équipements spécifiques	38
5.2.1 Recherche du Local : De la location à l'acquisition d'un espace adapté	38
5.2.2 Acquisition du Camping-Car : un choix réfléchi pour l'accueil et la relation thérapeutique	40
5.2.3 Logistique et acquisition du matériel : aménagement et préparation pour le démarrage.....	42
5.3 La mise en lien avec les acteurs du territoire : le travail de partenariat et de conventionnement.....	47
6. La visite de conformité ARS : étape clé pour démarrer l'activité	49
7. Démarrage de l'activité : le temps du bilan pour le projet et des premières interventions.....	50
8. Et si c'était à refaire ?.....	53
8.1 Prioriser dès le départ les fondamentaux du projet	53
8.2 Un management participatif... parfois un peu « bazar ».....	53

8.3 Donner une place à l'action, au jugement, et à la responsabilité	54
8.4 L'art de structurer la collaboration.....	54
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56

Liste des abréviations

A

AAP..... *Appel à projet*
 ACT..... *Appartement de coordination thérapeutique*
 AHI..... *Accueil Hébergement et insertion*
 AME *Aide médicale d'état*
 ARS..... *Agence régionale de santé*
 ASV..... *Atelier santé ville*

C

CHRS..... *Centre d'hébergement et de réinsertion sociale*
 CHU..... *Centre d'hébergement d'urgence*
 CLSM..... *Conseil local de santé mentale*
 CMP..... *Centre médico-psychologique*
 CMU *Couverture maladie universelle*
 CLS..... *Contrat local de santé*
 CPTS..... *Communauté professionnelle de territoire de santé*
 CSAPA *Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie*

D

DAF *Directrice administrative et financière*
 DG *Directrice générale*
 DGA *Directrice générale adjointe*

E

EAM *Etablissement d'accueil médicalisé*
 EMPP *Equipe mobile psychiatrie précarité*
 EMSP..... *Equipe mobile santé précarité*
 EPS..... *Etablissement public de santé*
 ESPIC..... *Etablissement de santé privés d'intérêt collectif*
 ESSIP..... *Equipe spécialisée en soins infirmiers précarité*
 ETP *Equivalent temps plein*

F

FHF..... *Fédération hospitalière de France*
 FJT..... *Foyer de jeunes travailleurs*
 FTM..... *Foyer de travailleurs migrants*

G

GHT..... *Groupe hospitalier de territoire*

H

HAS..... *Haute autorité de santé*
 HLM *Habitation à loyer modéré*
 HUDA..... *Hebergement d'urgence pour demandeur d'asile*

I

IDE..... *Infirmier diplômé d'Etat*

L

LHSS *Lits balte soins santé*

M

MNA *Mineurs non accompagnés*

O

OMS *Organisation mondiale de la santé*
 ONG *Organisation non gouvernementale*

P

PASS..... *Permanence d'accès aux soins*
 PSPH..... *Participant au Service Publique Hospitalier*
 PUI..... *Pharmacie à usage interne*

Q

QPV..... *Quartier politique de la ville*

R

RASA..... *Rapport d'activité standardisé annuel*
 RH..... *Ressources humaines*

S

SAIPPH *Service d'insertion professionnelle pour personnes handicapés*
 SAMSAH..... *Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*
 SIAO *Service intégré d'accueil et d'orientation*

T

TND TSA..... *Trouble du neuro-développement, trouble du spectre de l'autisme*

V

VIH..... *Virus de l'immunodéficience humaine*

Z

ZIP..... *Zone d'intervention prioritaire*

INTRODUCTION

La prise en charge des personnes en grande précarité demeure un défi majeur pour les systèmes de santé, notamment dans les zones urbaines où les inégalités d'accès aux soins sont particulièrement marquées. Ce mémoire présente la création et le déploiement d'une Equipe Spécialisée en Soins Infirmiers Précarité (ESSIP) dans le département du Val-de-Marne, en réponse à un appel à projet (AAP) lancé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France en août 2024. Ce dispositif, inscrit dans le schéma régional de santé 2023-2028, vise à renforcer le maillage territorial de l'offre de soins pour les populations les plus vulnérables, notamment celles confrontées à des difficultés d'accès ou de maintien dans le système de soins.

Le projet répond également aux enjeux stratégiques de la Fondation l'Elan Retrouvé, qui a pour mission de s'engager activement dans des démarches d'accompagnement des plus exclus, conformément à ses valeurs et à son rôle dans le soutien des publics en grande précarité.

Les ESSIP ont pour mission d'intervenir sur des territoires définis, en se rendant directement auprès des personnes, qu'elles soient hébergées dans des structures d'accueil, résidant dans des conditions de logement précaires ou en situation de rue. Ce modèle d'intervention, basé sur l'approche de **P'aller-vers**, permet de prévenir les ruptures de parcours de soins et de garantir une prise en charge continue, sans stigmatisation ni coercition. L'objectif est de rétablir progressivement un lien de confiance avec ces publics éloignés du système de santé, leur permettant ainsi d'accéder à des soins adaptés à leurs besoins et de favoriser leur réintégration dans le droit commun de manière durable. D'après le cahier des charges, les ESSIP sont des dispositifs médico-sociaux qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou très démunies¹.

L'ESSIP, en tant qu'équipe mobile de soins infirmiers spécialisés, doit s'intégrer de manière fluide avec les dispositifs existants du réseau Accueil Hébergement et Insertion (AHI) et collaborer étroitement avec les autres acteurs de terrain pour assurer une complémentarité efficace et éviter les doublons. La création d'une telle équipe dédiée au Val-de-Marne s'inscrit dans cette dynamique d'amélioration de l'accès aux soins pour les populations précaires et vise à renforcer l'efficacité de l'accompagnement social et sanitaire dans le département. Ce mémoire explore les enjeux organisationnels, sociaux et humains liés à ce projet, en mettant en lumière la place essentielle de la relation de confiance et de l'alliance thérapeutique dans la réussite de ce dispositif innovant.

¹ Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques

1. Concepts théoriques et fondamentaux du projet

Les populations précaires, en situation d'errance sociale et sanitaire, cumulent des vulnérabilités multiples : absence de couverture sociale, instabilité résidentielle, maladies chroniques somatiques et troubles psychiatriques non diagnostiqués ou non suivis, addictions, absence de lien avec le système de soins, etc. Pourtant ces personnes questionnent le champ des politiques de santé : elles nécessitent une approche différenciée, centrée sur l'aller-vers et l'instauration progressive d'un lien de confiance avec les équipes soignantes.

Le projet ESSIP se positionne ainsi à l'interface entre le social et le sanitaire, en tenant compte des obstacles culturels, administratifs et psychologiques qui empêchent l'accès aux soins pour ces publics. L'implantation d'un tel dispositif pose plusieurs questions fondamentales :

- Quels sont les freins structurels et relationnels qui limitent l'adhésion aux soins ?
- Comment adapter l'offre de soins aux réalités des parcours de vie précaires ?
- Comment assurer une continuité et une coordination des soins dans un contexte où les trajectoires de vie sont marquées par la discontinuité ?

Afin de structurer une réflexion approfondie sur ces enjeux, plusieurs concepts théoriques sont mobilisés :

L'éthnosoin, l'ethnopsychiatrie et la précarité : ce cadre théorique permet d'explorer la manière dont la culture, l'histoire personnelle et le rapport aux institutions influencent la perception de la maladie et du soin. Les publics en grande précarité peuvent développer une méfiance vis-à-vis des structures de soins traditionnelles, perçues comme inadaptées à leur réalité. Comprendre ces dimensions culturelles et psychologiques est essentiel pour construire un dispositif d'accompagnement efficace, qui ne repose pas uniquement sur l'offre de soins mais aussi sur la création d'un lien thérapeutique adapté aux représentations du public ciblé.

L'habitat et la santé : l'instabilité résidentielle est un déterminant social majeur de la santé, affectant tant la santé mentale que physique des individus. Le manque de logement stable expose les personnes à divers risques, notamment des conditions de vie insalubres, un stress chronique lié à la fragilité du logement, et une séparation possible de leur réseau social. De plus, l'absence d'un espace privé et sécurisé complique l'accès aux soins.

L'accès aux soins : l'implantation d'une équipe mobile doit s'articuler avec les autres dispositifs existants (permanence d'accès aux soins (PASS) hospitalières, équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), dispositifs « Un chez soi d'abord », service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), etc.). Un des défis majeurs est de coordonner les interventions sans redoubler les actions déjà mises en place. L'ESSIP doit trouver sa place dans le paysage sanitaire et social local en renforçant les partenariats et en facilitant l'orientation des patients vers des structures pérennes. L'une des questions clé est la place du travailleur social au sein de l'ESSIP, qui doit jouer un rôle central dans cette coordination et éviter le délitement du suivi social des patients entre différentes structures sans réelle prise en charge adaptée.

Le « Care » et la relation thérapeutique : l'ESSIP s'inscrit dans la volonté d'un accompagnement progressif, où la relation thérapeutique joue un rôle clé dans l'adhésion aux soins. L'objectif premier n'est pas seulement d'apporter un soin technique, mais de tisser une relation de confiance. L'approche mobile et l'aller-vers sont des facilitateurs majeurs dans cette démarche. Ils permettent un engagement graduel, respectant le rythme de la personne et évitant toute approche vécue comme contraignante, qui risquerait de renforcer la défiance. L'équipe soignante doit ainsi adopter une posture souple et ajustable, où la notion d'alliance thérapeutique prend tout son sens : il s'agit d'instaurer un dialogue, de reconnaître la personne dans sa globalité et de co-construire un parcours de soin adapté à ses attentes et à ses capacités du moment. Dans cette optique, l'équipe doit mobiliser des compétences en approche motivationnelle afin de favoriser l'acceptation des soins et l'orientation vers les dispositifs de droit commun. La présence d'un travailleur

social dans l'équipe est également essentielle pour travailler sur les facteurs sociaux bloquants (absence de droits, instabilité résidentielle, isolement...).

Leadership et ancrage territorial des équipes mobiles

Le déploiement d'une équipe mobile en santé précarité exige une gestion flexible et réactive, capable de répondre à l'imprévisibilité et à la diversité des situations rencontrées sur le terrain. Cela nécessite une anticipation constante des besoins, ainsi qu'un soutien renforcé à l'autonomie des équipes, tout en garantissant une communication fluide avec les partenaires locaux. L'intégration des équipes mobiles dans leur territoire d'intervention est également essentielle pour éviter les redondances et assurer une coordination efficace avec les autres dispositifs de soins existants. Un management de proximité, en lien régulier avec les acteurs locaux, devient ainsi un facteur clé pour maintenir l'efficacité du dispositif.

1.1 Ethnosoin, Ethnopsychiatrie et précarité

Le terme "**éthnosoin**" est rarement utilisé dans la littérature scientifique et ne dispose pas d'une définition standardisée. Il pourrait être interprété comme une contraction des termes "ethno-" et "soin", suggérant une approche des soins qui prend en compte les dimensions culturelles et ethniques des patients. Ce concept trouve notamment son origine dans les travaux de Madeleine Leininger², étudiés par l'anthropologue Cécilia Rohrbach Viadas³, qui a introduit le terme de « transcultural nursing » pour désigner des pratiques de soins infirmières intégrant la dimension de la diversité culturelle.

Selon Moro (2015)⁴, l'**ethnopsychiatrie** permet de comprendre comment les cultures, les histoires personnelles et les rapports sociaux influencent la perception de la maladie et du soin. Dans des situations de grande précarité, les individus ne voient pas toujours la maladie sous l'angle d'une simple pathologie biologique et peuvent percevoir la santé à travers des filtres culturels, spirituels ou psychologiques, notamment dans le cas de personnes issues de parcours de migration plus ou moins longs. En effet, les expériences de souffrance ou de marginalisation vécues au quotidien nourrissent leurs perceptions de la santé et des structures qui sont censées les accompagner, et peuvent mener à une méfiance profonde envers les institutions de soin, que le Dr Jean Furtos, psychiatre au centre Le Vinatier, évoque comme alimentant un syndrome d'auto-exclusion (Furtos, 2007)⁵.

Ce phénomène d'auto-exclusion ajouté à la stigmatisation sociétale de la précarité amènent cette population à percevoir les structures médicales comme étrangères, voire menaçantes, plutôt que comme des alliées de la santé. Ainsi, l'approche ethnopsychiatrique souligne l'importance de comprendre non seulement les symptômes cliniques, mais aussi le vécu culturel des patients et les logiques sociales qui les amènent à se détourner des dispositifs de soin traditionnels. Comme l'indiquent Youman (2004)⁶, cette compréhension des dimensions culturelles et sociales est essentielle pour créer un lien thérapeutique durable. Il ne s'agit pas seulement de traiter une maladie de manière objective, mais de prendre en compte les **valeurs, croyances et résistances des patients, afin de les intégrer pleinement dans le processus de soin**.

² Topley, M. (1980). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices. Madeleine Leininger [Review of Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices. Madeleine Leininger]. American Anthropologist, 82(1), 147–148. pp. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1525/aa.1980.82.1.02a00310>

³ Rohrbach Viadas, C. (2007). Soins et anthropologie. Une démarche réflexive. Recherche en soins infirmiers, N° 90(3), 19-25. <https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rsi.090.0019>.

⁴ Moro, M. R. (2015). "Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants." La psychiatrie de l'enfant, 58(2), 595-617.

⁵ Furtos, J. (2007). "Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale." Mental'idées, 11, 24-33.

⁶ Younan, L. (2024). Gare à toi si je crois te connaître: Penser la clinique de la précarité avec les outils de la clinique transculturelle. Vie sociale et traitements, N° 161(1), 101-107. p. <https://doi.org/10.3917/vst.161.0101>

Nous avons intégré ces enjeux dans la construction du modèle de notre ESSIP. Les soignants, tout en restant techniquement compétents, doivent être accompagnés pour développer leurs compétences d'écoute active, d'empathie et d'ouverture face à la diversité des vécus culturels et sociaux⁷ (Przewlocka-Alves et Boussard-Lalauze, 2011). Cela permet de dépasser la simple prestation de soins et de créer un véritable dialogue, fondé sur la confiance et le respect des codes sociaux et des attentes des patients. Cette dynamique permet également de mieux appréhender les obstacles externes, notamment sur la question de l'ouverture des droits, qui compliquent l'accès aux soins (Avenel, 2021)⁸. Enfin, l'intégration de ces dimensions dans le soin nécessite aussi des actions concrètes sur le terrain, comme la collaboration avec les travailleurs sociaux, le soutien aux démarches administratives, et l'accompagnement dans la prise en charge des maladies chroniques. **Ce travail de collaboration est un élément clé pour surmonter les obstacles à l'adhésion aux soins.**

1.2 Habitat et santé

Le lien entre logement et santé a été largement documenté. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'accès à un logement décent est un droit fondamental et un déterminant de santé clé⁹. En effet, le mal-logement, qu'il prenne la forme d'un logement dégradé ou d'une absence de logement stable, est responsable d'une mortalité importante en Europe, avec près de 130 000 décès annuels liés à des conditions de logement inadéquates. L'impact du logement sur la santé mentale est tout aussi important, notamment en raison de la stigmatisation vécue par ceux qui habitent des logements insalubres. Cette stigmatisation conduit à une dégradation sociale, à une perte d'estime de soi et à des difficultés psychologiques (Santé Publique France, 2021)¹⁰.

L'absentéisme au suivi médical est également lié à ces conditions de logement dégradées. Ces facteurs rendent particulièrement vulnérables les populations déjà fragilisées, telles que les enfants, les personnes âgées, ou les personnes souffrant de pathologies chroniques. En outre, la sur-occupation du logement, un problème commun dans les quartiers précaires, constitue un facteur aggravant de propagation des maladies infectieuses et a contribué à la diffusion rapide du COVID-19 pendant la crise sanitaire.¹¹

La Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé sur les profils et les vulnérabilités des personnes sans domicile qui révèlent l'ampleur des défis sanitaires auxquels ces individus sont confrontés¹². La mortalité chez les personnes sans domicile est considérablement plus élevée que dans la population générale, avec des décès survenant entre deux et cinq fois plus souvent, en fonction des études. Les causes de décès chez les jeunes sans domicile sont principalement violentes (accidents, agressions, overdoses), tandis que chez les plus âgés, elles sont liées à des maladies chroniques, qui surviennent bien plus tôt que dans la population générale, avec une espérance de vie qui se situe en moyenne à 49,6 ans, contre 80 ans pour la population générale. Ce phénomène est exacerbé par le vieillissement précoce des personnes sans domicile, qui présentent des problèmes de santé associés au vieillissement mais à des âges beaucoup plus précoces, entre 10 et 15 ans plus tôt que dans la population générale. Les personnes sans domicile souffrent également d'une prévalence

⁷ Przewlocka-Alves, A. et Boussard-Lalauze, M. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, n° 206(3), 123-129. <https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/cohe.206.0123>.

⁸ Avenel, C. (2021). L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits, *La santé en action* – No 458 – Décembre 2021

⁹ Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Logement et santé : un cadre d'action pour promouvoir la santé et réduire les inégalités. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279601/WHO-CED-PHE-18.10-fre.pdf?sequence=1>

¹⁰ Dossier, le logement : déterminant majeur de la santé des populations, *La santé en action* – No 457 – Septembre 2021

¹¹ Santé Publique France. (2021, septembre). Le logement, déterminant majeur de la santé des populations. Le dossier de La Santé en action, n° 457, septembre 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-457-septembre-2021>

¹² Haute Autorité de Santé (HAS). (2020, décembre 8). LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/argumentaire_lhss_lam_act_08122020.pdf

élevée de maladies infectieuses, comme l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et sont exposées à des risques accrus de tuberculose. Leur état de santé est souvent compliqué par des troubles psychiatriques sévères, notamment la dépression, le stress post-traumatique et les troubles de l'anxiété. Environ 58 % des personnes sans domicile ont un double diagnostic de santé mentale et d'addictions (HAS, 2020). **Cette population recourt fréquemment aux services d'urgence, mais ses problèmes de santé sont souvent pris en charge trop tardivement, ce qui augmente les coûts pour les systèmes de santé et complique leur suivi médical.** Le manque d'accès à des soins de prévention, de suivi psychologique et à des traitements de fond pour des pathologies chroniques sont une caractéristique majeure de cette population, accentuant leur vulnérabilité.

1.3 L'accès aux soins

Les personnes en situation de précarité, qu'il s'agisse de migrants, de sans-abri, ou de personnes précaires économiquement et socialement, rencontrent de multiples obstacles pour accéder aux soins. Leur état de santé est souvent fragile, marqué par des pathologies infectieuses, psychiques, mais aussi des maladies chroniques mal prises en charge, notamment dans le contexte de leur parcours migratoire ou de leurs conditions de vie précaires. Ces personnes sont confrontées à des barrières complexes, qu'elles soient administratives, financières, culturelles ou encore liées à l'organisation du système de santé.

Freins à l'accès aux soins

Barrières administratives et financières

Les freins majeurs au suivi médical sont souvent liés à des difficultés administratives pour l'accès aux droits de santé¹³. Dans le cas des migrants, l'ouverture des droits à la couverture maladie peut être un processus long et complexe, particulièrement dans le cadre de l'Aide Médicale d'État (AME) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Ces processus peuvent être lents, et de nombreuses personnes en précarité ignorent même leurs droits. En outre, le coût des transports pour se rendre aux consultations, l'absence de moyens financiers et l'absence de couverture santé sont des obstacles redoutables pour ces populations. Par exemple, certains migrants n'ont pas de couverture maladie pendant des mois, ce qui leur interdit tout accès à des soins réguliers et les condamne à attendre la survenue de pathologie aiguës.

Complexité du système de santé

La méconnaissance du système de santé est un autre frein important. En particulier, les personnes précaires, qu'elles soient migrants ou non, éprouvent des difficultés à comprendre l'organisation des soins en France¹⁴. Le système de soins de droit commun, qui repose sur des démarches administratives comme la déclaration d'un médecin traitant, est difficile à appréhender, notamment pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'un système à « déclaration ». La multiplicité des acteurs et des dispositifs, comme les PASS, les SIAO ou les centres médico-psychologiques (CMP), peut rendre la navigation dans ce système encore plus difficile. Cela peut entraîner un fractionnement des soins, des retards de prise en charge, voire des renoncements aux soins par incompréhension des démarches à suivre.

¹³ Médecins du Monde. (2024, mai). Étude : Droits et soins des personnes en situation de précarité à Metz. Médecins du Monde. https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-1-France-FR.pdf

¹⁴ Santé publique France. (2023). Santé publique et inégalités d'accès aux soins. *Revue Santé Publique*, 2(171). <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-2-page-171?lang=fr>

Barrières culturelles et linguistiques

Les barrières culturelles et linguistiques sont également déterminantes. De nombreux migrants et personnes précaires ont des difficultés à expliquer leurs symptômes, ce qui peut mener à des erreurs de diagnostic ou à un retard dans le traitement. L'absence de traducteurs professionnels lors des consultations et notamment lors des urgences accentue cette difficulté. Dans ce domaine, les innovations technologiques ont démontré une valeur ajoutée importante dans l'accompagnement du public précaire allophone (utilisation d'outil de reconnaissance voice-to-text)¹⁵.

Défaut de prise en charge globale et continue

Un des problèmes majeurs est le manque d'une prise en charge globale et continue. Beaucoup de ces personnes sont suivies de manière fragmentée, avec des soins de santé urgents mais peu d'accès à un suivi continu et de prévention. Dans le cadre des PASS, bien que ces dispositifs jouent un rôle clé dans l'accès immédiat aux soins, la prise en charge reste souvent ponctuelle et ne permet pas de répondre de manière durable aux pathologies chroniques ou à l'accompagnement global nécessaire.

Facilitateurs de l'accès aux soins

Les dispositifs d'accompagnement social et médico-social

Les dispositifs comme les PASS, les équipes mobiles de santé, et les structures « Un chez soi d'abord » sont des facilitateurs importants¹⁶. Ces dispositifs visent à favoriser un accès aux soins sans frais pour les personnes précaires, tout en offrant un accompagnement médical, social et administratif. Les PASS, par exemple, sont des lieux de référence où les personnes peuvent être orientées vers des soins appropriés et bénéficier d'un suivi médical dans un cadre sécurisé et sans jugement.

L'accès à un suivi pluridisciplinaire et une approche globale

Les avancées législatives des dernières années¹⁷ ont permis l'émergence des structures qui proposent un suivi médical pluridisciplinaire, telles que les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles, et sont particulièrement adaptées aux besoins des personnes précaires. Ces structures combinent soins primaires, prévention et services spécialisés dans un même lieu, ce qui facilite l'accès aux soins. La présence de médecins généralistes, de spécialistes, de travailleurs sociaux et de médiateurs dans ces structures propose un modèle efficace pour assurer la continuité des soins et réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le rôle des réseaux communautaires

Les réseaux associatifs et communautaires jouent également un rôle très important. Les associations locales, les organisations non gouvernementales (ONG) et les collectifs de travailleurs sociaux (Croix-Rouge, Restaurant du cœur, Secours catholique, Secours populaire...), qui connaissent bien les réalités des populations précaires, sont souvent en première ligne pour guider ces personnes vers les services de santé.

¹⁵ Piccoli, V. (2023). La Traduction Automatique. Dans V. Piccoli, V. Traverso et N. Chambon L'interprétariat en santé Pratiques et enjeux d'une communication triadique (p. 241-254). Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.picco.2023.01.0241>.

¹⁶ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021, décembre 23). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass-432636>

¹⁷ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.4 Le « care » et la relation thérapeutique

La relation thérapeutique est au cœur des soins, en particulier lorsque l'on accompagne des personnes en grande précarité. Elle ne se résume pas à un acte médical ou technique, mais s'instaure dans une relation humaine, un véritable échange entre le soignant et l'usager. Cette relation repose sur la confiance, le respect et une compréhension mutuelle.

Dans l'accompagnement des personnes en grande précarité, la relation thérapeutique prend une dimension encore plus complexe en raison des mécanismes psychologiques et sociaux sous-jacents. Les individus en situation de précarité peuvent souffrir de troubles psychiques et de facteurs sociaux bloquants. Ces éléments créent des obstacles multiples à la prise en charge, qui ne peuvent être surmontés que par une réponse sous forme de soins techniques. La relation de confiance devient donc une priorité dans la prise en charge. L'équipe mobile de l'ESSIP, dans ce contexte, doit adopter une posture souple, respectueuse du rythme de la personne, tout en restant suffisamment claire et structurée pour éviter l'effet de « laisser-faire » ou de non-intervention.

Le concept de **"care"**¹⁸ va au-delà du simple soin curatif, qui vise à traiter la maladie, pour englober une approche relationnelle qui prend en compte l'ensemble de la personne. Le "care" repose sur une **sollicitude**, une attention particulière portée à la personne malade, au-delà de sa maladie. Il s'agit d'une relation qui reconnaît la **vulnérabilité** et la dépendance de l'individu, et qui crée un espace de soutien émotionnel et psychologique. Le soin est dispensé avec compétence, mais le processus ne se termine pas une fois le soin effectué. Il inclut aussi un retour réflexif pour évaluer si le soin a réellement répondu aux besoins de la personne, en tenant compte de son ressenti. Cette approche est particulièrement pertinente dans des contextes de grande précarité.

On peut également voir le « care » comme une posture éthique plus globale : reconnaître la vulnérabilité des usagers, **mais aussi celle de l'équipe qui sera confrontée à des situations difficiles. Le management prend alors une dimension plus particulière.**

1.5 Leadership et ancrage territorial des équipes mobiles

Les interventions des équipes mobiles précarité, par nature délocalisées, intersectorielles et mobiles, nécessitent une approche agile du management. L'ESSIP évolue dans un environnement instable et en interaction avec de nombreux acteurs du soin et du social.

Le travail en ESSIP implique **des conditions particulières** : interventions en extérieur, isolement relatif des soignants sur le terrain, exposition à des situations de grande détresse humaine. Ces éléments rendent crucial le développement d'un cadre managérial bienveillant et structurant, qui se traduit par :

- Des espaces d'échange et de soutien, avec des supervisions régulières, des réunions cliniques et des temps d'analyse de pratiques pour prévenir l'usure professionnelle et favoriser la réflexion éthique et clinique.
- Une organisation souple mais cadrée, avec des plannings adaptés aux réalités du terrain, des protocoles de sécurité définis pour les interventions en zone sensible, ainsi qu'une structuration des transmissions et un suivi des parcours des patients.
- Un management de proximité, qui maintient un lien régulier avec les professionnels, à travers des points d'étape, des rencontres sur le terrain et une écoute active des besoins de l'équipe.

L'ESSIP **doit exister pleinement dans le paysage** des soins en précarité, ce qui passe par un travail institutionnel et politique mené par la direction. Le risque principal pour une équipe mobile est d'être peu

¹⁸ Watson, J. (1998). *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.

visible ou mal intégrée dans l'écosystème de soins, ce qui peut limiter son efficacité. Pour éviter cet écueil, la gouvernance du projet doit :

- Valoriser l'ESSIP au sein des réseaux de santé et de précarité, via des partenariats et une participation active aux instances inter-établissements.
- Communiquer sur l'impact de l'ESSIP, en produisant des bilans réguliers qui démontrent l'efficacité du dispositif, notamment en termes de nombre de patients suivis, de taux d'orientation vers le droit commun et de résultats en matière d'accès aux soins (l'ARS demande un rapport d'activité standardisé annuel RASA, possiblement déclinable mensuellement)
- Maintenir une dynamique d'innovation dans le service, notamment par les possibilités offertes par le véhicule camping-car comme outil de travail.

Le défi managérial majeur de l'ESSIP réside dans la capacité à articuler un cadre organisationnel solide (organisation des tournées, des soins, utilisation des véhicules, respect des outils de la loi 2002 etc..) avec une souplesse suffisante pour s'adapter aux besoins des usagers et aux réalités du terrain.

Le témoignage de Marianne Auffret¹⁹ présente l'expérience managériale d'une équipe mobile psycho-sociale intervenant auprès de locataires en souffrance psychique dans des logements sociaux. Le manager doit naviguer entre des attentes institutionnelles et cliniques souvent contradictoires, particulièrement dans l'application du concept d'« aller-vers ». Il joue un rôle clé de médiateur entre les bailleurs, les équipes et les locataires, en déchiffrant des demandes implicites. En raison de l'isolement des équipes sur le terrain, il doit aussi assurer un cadre de soutien pour prévenir l'épuisement professionnel et maintenir la qualité des interventions. Le manager doit trouver un équilibre entre flexibilité et structuration organisationnelle, en garantissant la coordination des partenaires externes et une prise en charge fluide des patients.

Le territoire joue un rôle essentiel dans la coordination des actions et l'intégration des équipes mobiles dans un réseau de soins et d'aide. Comme le soulignent Yvon Pesqueux et François Pichault (2020),²⁰ le territoire n'est pas seulement un cadre géographique, mais également un espace social, culturel et institutionnel qui façonne les interactions entre les différents acteurs. Dans un contexte de soins en précarité, l'ancrage territorial d'une équipe mobile est un facteur clé pour éviter des effets de doublon et garantir une coordination fluide entre les structures locales²¹. Un management efficace doit ainsi privilégier la création de partenariats solides avec les acteurs locaux : services sociaux, SIAO, PASS, hôpitaux, et structures d'hébergement. Ces partenariats permettent de garantir que les interventions des équipes mobiles sont bien intégrées dans le paysage sanitaire et social local, en renforçant l'efficacité des parcours de soins des usagers.

Les équipes mobiles doivent, pour être efficaces, interagir régulièrement avec les autres structures présentes sur le territoire. Cette interaction repose sur la mise en place de conventions de partenariat, mais aussi sur des échanges d'informations clairs et sécurisés. Les réseaux de coopération entre les équipes mobiles et les structures existantes doivent être bien organisés et soutenus par un management de coordination.²²

¹⁹ Auffret, M. (2016). Chapitre 7. Le cadre de l'équipe mobile : espaces paradoxaux. In *Éthique et management du soin et de l'accompagnement* (163-196. p.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casag.2016.01.0163>

²⁰ Pesqueux, Le territoire comme nouvelle frontière des organisations. Master. France. 2020. ffhalshs-02943375f

²¹ Frimousse, S. et Peretti, J. (2021) . Intégrer la dimension territoriale dans l'action managériale. *Question(s) de management*, n° 33(3), 89-134. <https://doi.org/10.3917/qdm.213.0089>.

²² Haute Autorité de Santé. (2024, janvier 17). Grande précarité et troubles psychiques : Recommandations. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_prekarite_troubles_psy_recommandations_2024-01-17_15-53-28_792.pdf

Pour réussir cette articulation entre le local et le global, cela suppose pour la direction et les encadrants d'adopter un leadership adaptatif, qui repose sur plusieurs principes clés :

- Anticiper et gérer l'incertitude. Les équipes mobiles travaillent auprès d'un public aux trajectoires imprévisibles, avec des situations souvent complexes à stabiliser. Le management doit donc être réactif, capable d'ajuster les ressources en fonction des besoins fluctuants. Les contraintes techniques du à l'utilisation d'un camping-car comme véhicule de service présentent également un facteur important dans la disponibilité du manager envers son équipe, du fait du travail logistique autour du véhicule.
- Soutenir l'autonomie et la prise d'initiative. L'ESSIP fonctionne sur le terrain, avec une équipe qui ne se retrouve pas quotidiennement dans un même lieu de travail. Il est donc essentiel d'encourager l'autonomie des professionnels tout en assurant un cadre de référence et structurant.
- Donner du sens et favoriser l'engagement. Travailler auprès des publics en grande précarité peut être émotionnellement éprouvant. Un leadership efficace doit veiller à entretenir une culture du sens, où chaque soignant se sent valorisé dans son rôle et soutenu dans ses missions.

2. Contexte et besoins du projet

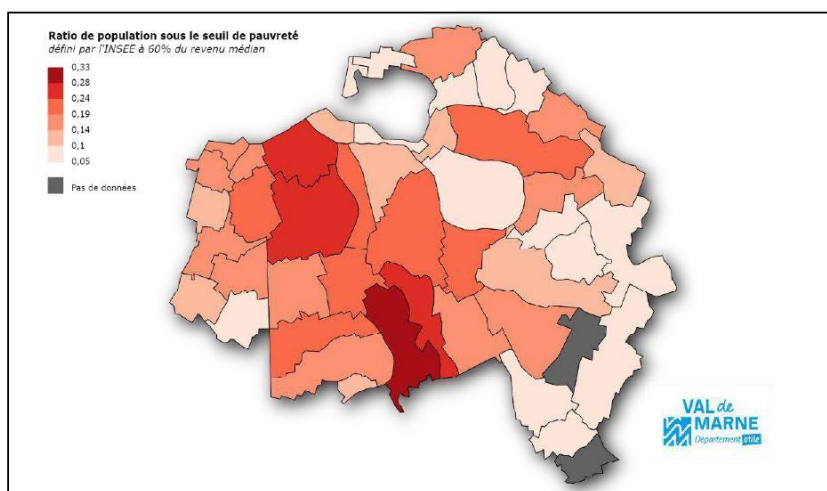
Le territoire d'intervention de l'ESSIP, inscrit dans l'appel à projet, couvre l'ensemble du département du Val-de-Marne.

Dès la rédaction de la réponse au cahier des charges de l'AAP, l'ESSIP était pensée comme un dispositif s'articulant avec les différents partenaires et acteurs déjà présents (équipes mobiles notamment), des champs de la santé (psychiatrie, addictologie, santé somatique) et du social, dont l'ESSIP existant du groupe SOS située à Créteil, afin d'assurer une complémentarité efficace avec les dispositifs existants et mailler plus finement le département. Les modalités de fonctionnement de l'ESSIP que nous avons souhaité déployer s'appuient donc sur l'expérience collective actuelle. La connaissance de ces derniers des spécificités du département du Val-de-Marne et l'identification collective des besoins, assure une complémentarité efficace avec les dispositifs existants et maille plus finement le département.

2.1 La précarité dans le Val-de-Marne

Le Val-de-Marne est un territoire urbain et périurbain, avec des disparités socio-économiques marquées entre ses différentes communes. Au 1^{er} janvier 2024, la population est de 1 415 367 habitants et sa superficie est de 245 Km². Le département du Val-de-Marne est le troisième département après Paris et la Seine-Saint-Denis avec le nombre le plus important d'allocataires de minima sociaux. Ce département compte 47 communes. Parmi elles, 5 ont une forte densité de population avec plus de 60 000 habitants : Vitry-sur-Seine, Créteil, Champigny-sur-Marne, Saint-Maur-des-Fossés, Ivry-sur-Seine. Les activités économiques se situent essentiellement dans le pôle Orly-Rungis.

Selon les données de l'INSEE, le taux de pauvreté dans le Val-de-Marne est estimé à environ 17,2 %. Ce taux varie considérablement entre les communes : il est particulièrement élevé dans des villes comme Villeneuve-Saint-Georges, Choisy-le-Roi ou encore Orly, où il dépasse les 20 %.



CD94
Direction de l'habitat

Au total on compte 47 quartiers en politique de la ville (QPV), tous concentrés sur 5 communes : Créteil, Vitry-sur-Seine, Villeneuve-Saint-Georges, Champigny-sur-Marne et Ivry-sur-Seine. Ces quartiers concentrent une part importante des populations en situation de précarité, avec des indicateurs sociaux dégradés, comme un taux de chômage élevé, des difficultés d'accès aux services de santé et une proportion importante de logements insalubres. Il compte également trois ateliers santé-ville (ASV) et 14 contrats locaux de santé (CLS) actifs et 5 en cours d'élaboration. En revanche, des communes comme Saint-Maur-des-Fossés ou Vincennes affichent des niveaux de pauvreté beaucoup plus faibles.

On retrouve dans la majorité des CLS, comme ceux d'Ivry-sur-Seine, Créteil, Bonneuil-sur-Marne, Fontenay-sous-Bois et Vitry-sur-Seine des problématiques telles que la santé des jeunes, la prévention des conduites à risque, l'amélioration de la santé mentale, la réduction des inégalités en santé ainsi que la lutte contre l'habitat indigne et le renforcement de la prévention et de la prise en charge des cancers.

Le CLS 2022-2024 de la ville de Créteil montre un intérêt certain pour les problématiques d'accès aux soins et des réductions des inégalités et s'appuie sur six thématiques et déclinées en onze fiches actions, pour agir sur :

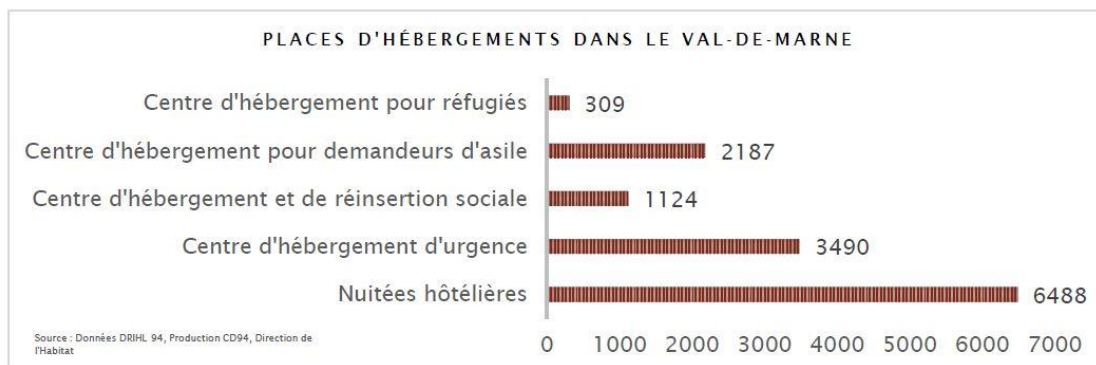
- l'accès aux droits et aux soins ;
- la réduction des vulnérabilités (rendues visibles par tranche d'âge : périnatalité, enfance, jeunesse, seniors) ;
- la santé mentale (avec le Conseil Local de Santé Mentale) ;
- la promotion de la santé dit de « proximité » auprès des habitants (avec l'Atelier Santé Ville) ;
- la santé environnementale.

Les indicateurs sanitaires sont, comme pour l'Ile-de-France, globalement favorables mais marqués par des inégalités certaines. A ce titre, des écarts importants sont observés en termes d'espérance de vie à la naissance entre territoires (Villeneuve-Saint-Georges : 77,1 pour les hommes contre 81,6 à Saint-Maur et pour les femmes : 83,7 à Villeneuve Saint-Georges contre 87,2 à Saint-Maur). 25,6 % de la population val-de-marnaise est âgée de moins de 20 ans²³.

²³ Données INSEE

Sur le champ de la grande pauvreté, le Val-de-Marne compte un nombre croissant de personnes hébergées, vivant à l'hôtel, en squats, campements et bidonvilles. On dénombre en 2023 :

- 13 781 places d'hébergement, réparties comme suivant : 6 050 nuitées hôtelières, 5 292 places généralistes de CHU/ CHRS, 2 349 places asile d'HUDA;
- 13 168 places de logements accompagnés (résidences sociales, pensions de familles, FJT, FTM) ;
- 809 personnes (dont 235 enfants) en squats/bidonvilles actuellement recensées via la plateforme sur 25 sites.

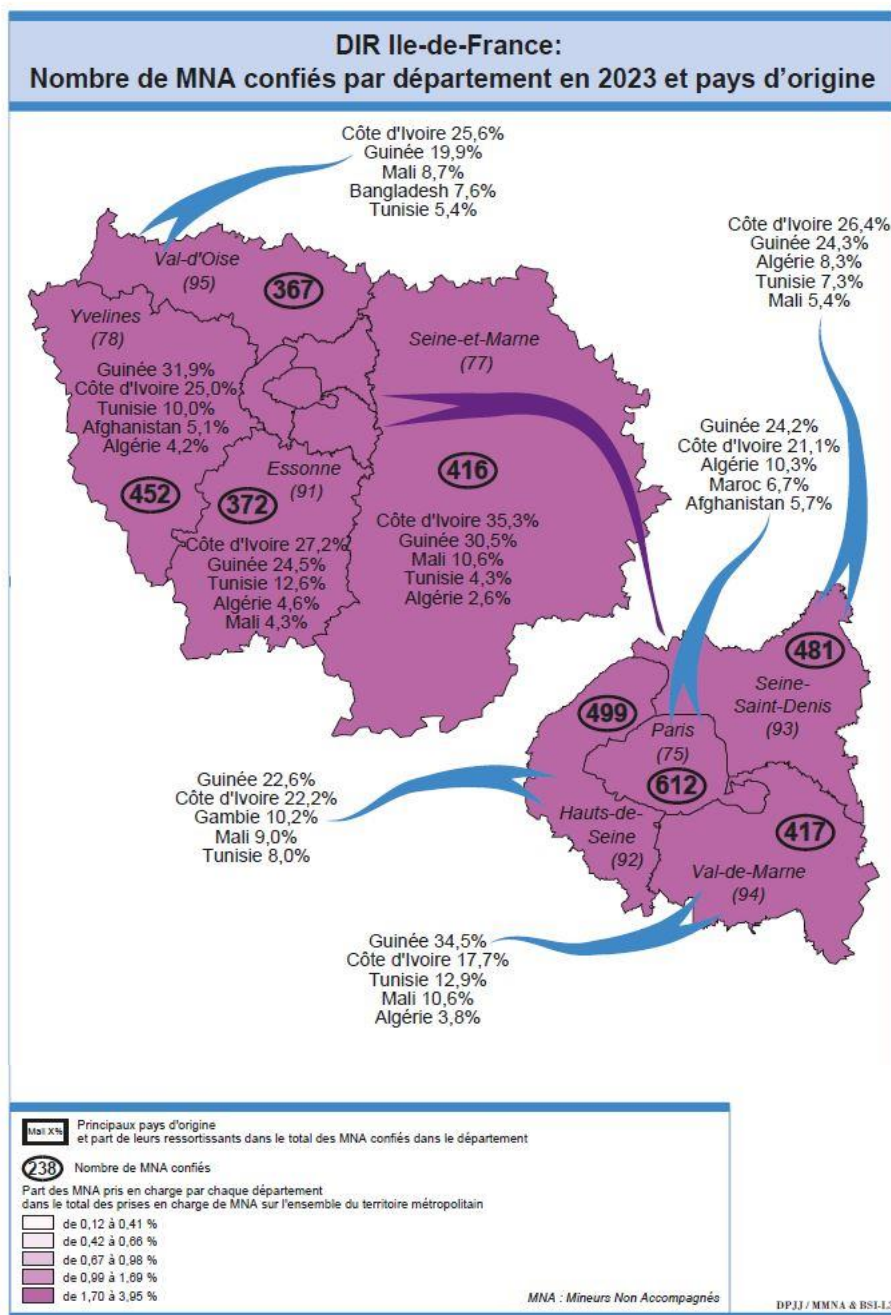


CD94-Direction de l'habitat

La situation des mineurs non accompagnés (MNA) dans le Val-de-Marne reflète une dynamique nationale marquée par une augmentation continue des arrivées. En 2023, le département a enregistré 109 MNA supplémentaires par rapport à l'année précédente, entraînant une compensation financière de l'État de 654 000 € pour la prise en charge de ces jeunes²⁴. Cette tendance s'est poursuivie en 2024, avec 291 MNA confiés par décision judiciaire, représentant 2,16 % du total national, plaçant le Val-de-Marne parmi les départements les plus concernés²⁵. Cette situation a conduit à la mise en place d'une convention entre la préfecture et le Conseil départemental pour renforcer l'évaluation de la minorité, incluant des mesures telles que la prise d'empreintes digitales. Ces chiffres témoignent de l'importance de la question des MNA dans le Val-de-Marne et soulignent la nécessité d'adapter les dispositifs d'accueil et de prise en charge pour répondre à cette situation. Cette population, souvent sans droits sociaux, est à prendre en compte dans le cadre des accompagnements des équipes mobiles précarité.

²⁴ Arrêté du 27 juin 2024 fixant le montant du financement exceptionnel de l'Etat pour la prise en charge des mineurs non accompagnés confiés à l'aide sociale à l'enfance sur décision de justice et pris en charge au 31 décembre 2023

²⁵ https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-10/Tableau_mna_1.pdf



Ministère de la Justice
Rapport MNA 2023

Globalement le Val-de-Marne est concerné par des problématiques similaires à celles du reste de la région Île-de-France en matière d'accès aux soins pour les populations précaires. Malgré le déploiement de nouveaux dispositifs d'aller vers, les besoins de prise en charge de ces publics pour le champ sanitaire et social sont très importants tant pour l'accès au système de santé que pour la continuité des parcours de santé.

2.2 Etats des lieux des dispositifs existants sur le territoire dans le champ de la précarité et de la santé

Le département dispose de plusieurs dispositifs d'accès aux soins, notamment les 5 **PASS** (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) du département, dont celles dans les grands hôpitaux comme le CHU Henri Mondor (Créteil). Cependant, cela ne répond pas à la demande notamment de personnes en situation de précarité, résident dans les quartiers prioritaires ou sans domicile fixe. Les EMPP (Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité) du département, intégré au GH Paul Guiraud ou au GHT94, constatent également une demande croissante de prise en charge pour des troubles psychiques chez les populations précaires, en particulier chez les migrants et les jeunes adultes.

Selon les derniers recensements effectués lors des opérations "Nuit de la Solidarité", plusieurs centaines de personnes vivent sans domicile dans le Val-de-Marne (5 villes du département ont participé en 2024 : Alfortville, le Kremlin-Bicêtre, Villejuif, Vincennes et Choisy-le-Roi), principalement concentrées dans les communes proches de Paris comme Ivry-sur-Seine ou Vitry-sur-Seine. Environ 1 500 places d'hébergement d'urgence sont disponibles dans le département, mais ces capacités sont souvent insuffisantes, notamment pendant les périodes de froid.

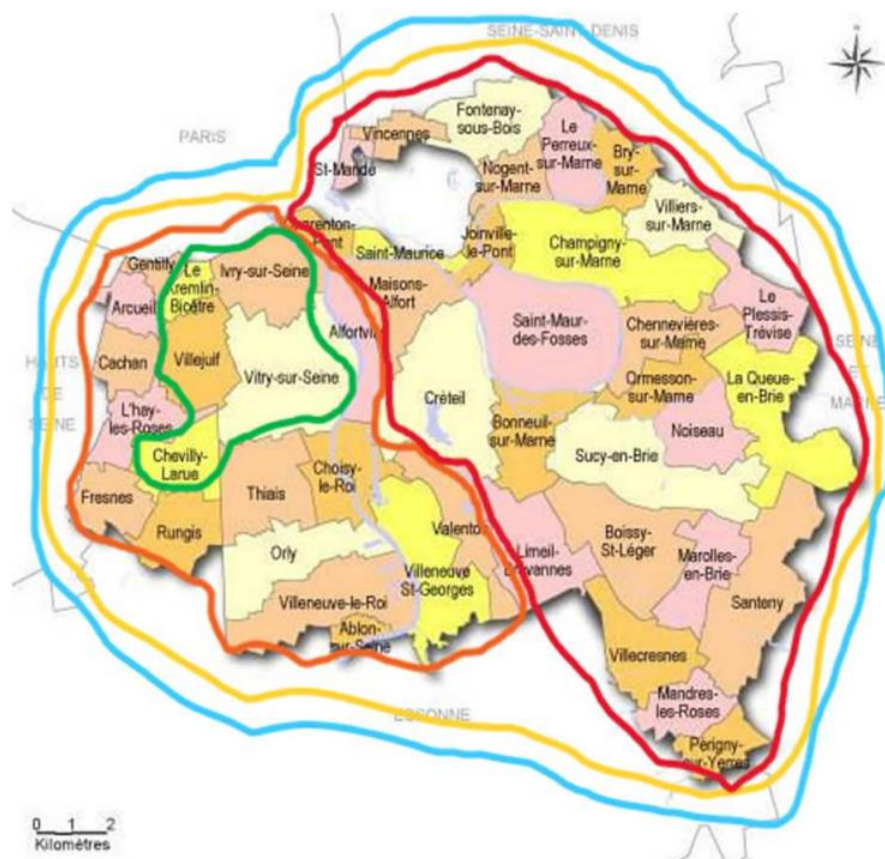
Le rapport d'activité du **Samu social/SIAO 94** de la Croix-Rouge nous éclaire sur des éléments importants concernant le public qui peut être rencontré par l'ESSIP :

- En 2023, le 115 a reçu 42 436 demandes d'hébergement, émanant principalement de familles, couples sans enfants et hommes seuls ;
- La coordination avec les partenaires sociaux est essentielle pour évaluer les situations et orienter les personnes vers les dispositifs adéquats ;
- Une augmentation notable des demandes provenant du secteur médical (+56 %) a été observée, avec notamment des situations médicales « complexes » ce qui montre une prise en compte croissante des problématiques de santé dans les parcours de personnes précaires. Cette tendance souligne l'importance de la **coordination entre santé et hébergement**.

La Croix-Rouge a développé un réseau important avec les acteurs de la précarité du territoire et continue de le consolider d'après les données de 2023, ce réseau étant outil précieux sur lequel l'ESSIP pourra s'appuyer et coordonner ses interventions. Leurs témoignages montrent l'importance d'une intervention coordonnée et multisectorielle auprès du public accueilli.

Le département du Val-de-Marne est doté de **5 équipes mobiles médico-sociales, et d'une coordinatrice départementale** :

- 1 Équipe mobile santé précarité (EMSP) portée par Aurore ;
- 1 Lits halte soins santé (LHSS) hors les murs, portée par la Croix Rouge française ;
- 1 Équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP) portée par le Groupe SOS Solidarités ;
- 1 Appartement de coordination thérapeutique (ACT) hors les murs, porté par la Fondation Maison des Champs ;
- 1 Lits halte soins santé, spécialisé Périnatalité, porté par Aurore.



ESSIP : Tout le 94

EMSP : EPT 12

LHSS mobile : EPT 10 et 11

ACT HLM : Le Kremlin Bicêtre, Ivry sur Seine,

Vitry sur Seine, Villejuif, Chevilly-Larue

LHSS mobile périnatalité : Tout le 94

Schéma des territoires d'intervention des équipes mobiles mesure 27 du Segur pour le 94

A tous ces dispositifs viennent s'ajouter les **EMPP du Val de Marne, et notamment l'EMPPRE (précarité/exclusion) appartenant au groupe hospitalier de territoire (GHT) 94**. Ils seront des partenaires indispensables de par leur connaissance du trouble psychique auprès des populations précaires : ces équipes composées de médecins, infirmiers et professionnel socio-éducatifs assurent un travail de lien, d'évaluations, d'entretiens et d'accompagnements auprès des dispositifs sanitaires et sociaux. Ils nous ont signalé qu'ils proposent également un soutien aux équipes de terrain des centres d'hébergement et des accueils de jour. Cela inclut la sensibilisation et la formation des professionnels sur les problématiques de santé mentale. Les équipes constatent une augmentation de la demande, dépassant leurs capacités d'intervention, ce qui rend difficile la formation continue des équipes.

De plus, l'EMPP a observé une évolution des profils des personnes accompagnées, avec une augmentation des traumatismes, en particulier chez les migrants. Ces changements nécessitent une adaptation des méthodes de prise en charge, avec un recours plus fréquent à des psychiatres pour une prise en charge rapide.

Le département bénéficie de la **coordination des équipes mobiles** dans le cadre de la mesure Ségur 27, assurée par Mme Betty Nou. Lors de nos échanges, cette dernière a souligné l'augmentation significative des besoins en soins infirmiers et en nursing parmi les signalements reçus. L'ESSIP actuelle reçoit en

moyenne trois fois plus de demandes d'orientation de sa part que les autres équipes mobiles, ce qui reflète l'ampleur des besoins dans le département. Elle nous a confirmé l'intérêt majeur de pouvoir équiper l'ESSIP d'un véhicule de type utilitaire pourvu d'une douche, puisqu'un certains nombres d'actes imposent une hygiène préalable à leur dispensation. Ce point a été confirmé aussi par les autres partenaires contactés. Nous souhaitons donc en faire une ressource majeure de notre ESSIP qui pourrait venir compléter les interventions de l'autre ESSIP du territoire.

2.3 Les besoins en santé identifiés sur le territoire : contours des enjeux de la création d'une nouvelle ESSIP

Le Val-de-Marne présente des inégalités marquées en matière d'accès aux soins, particulièrement pour les populations précaires. Selon une étude du Crédoc²⁶, 68,6 % des habitants du département vivent dans des communes classées parmi les plus fragiles en termes de santé publique, contre 55,3 % au niveau régional. Ces zones concentrent des difficultés d'accès aux soins, une offre alimentaire insuffisante et une santé publique dégradée.

Le rapport de l'Apur²⁷ sur les inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris (notamment pour le Val-de-Marne) fournit plusieurs données importantes :

- Une part significative du territoire, environ 62 %, est classée en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), ce qui indique un besoin important d'interventions pour pallier les inégalités d'accès aux soins dans le département.
- Le Val-de-Marne souffre de déficits dans certaines spécialités médicales : environ un tiers des communes n'ont pas de pédiatres installés, et d'autres manquent de dermatologues, gynécologues-obstétriciens, et psychiatres.
- Des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ont un accès limité à ces services spécialisés, accentuant les disparités en matière de santé.

Partenaire privilégié, l'ESSIP 94 du groupe SOS, avec qui nous avons échangé, nous a transmis des informations importantes sur le public rencontré en 2023²⁸ :

- 115 personnes accompagnées, la majorité des usagers ont entre 18 et 45 ans ;
- le suivi moyen est de 6 mois ;
- la majorité de leurs interventions est réalisé en structure AHI ;
- les pansements, piluliers, surveillances glycémie et éducation thérapeutique sont les soins les plus fréquents ;
- on retrouve une forte prévalence des comorbidités psychiatriques et addictologiques ;
- 20 personnes accompagnées présentaient d'importants troubles psychiques, mais les EMPP ne parviennent pas à prendre tout le monde en charge faute de recrutement ;
- la complexité majeure est liée **aux délais d'ouverture des droits, et au manque de relais pour les soins, notamment le week end ;**

Autre acteur clé que nous avons contacté, le SIAO 94 (Mme Levesque, directrice adjointe, Mme Buro, cheffe de service du pôle veille sociale et Mme Lalot, cheffe de service des équipes mobiles Samu social 94) ont conforté les données des rapports d'activité de leur secteur²⁹ :

- cumul des **problématiques psychiatriques et addictologiques du public en premier plan, avec comorbidités somatiques ;**
- besoin important en aide à **la prise du traitement et à l'observance ;**

²⁶ Indicateur de précarité alimentaire, santé, pour le Val-de-Marne, DRIL, Crédoc, Solidarités active, 2025

²⁷ Atelier Parisien d'Urbanisme. (2023). *Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris : Offre de soins, recours aux soins et actions en santé publique - Synthèse*. Atelier Parisien d'Urbanisme. <https://www.apur.org>

²⁸ Rapport intégré groupe SOS 2023

²⁹ Rapport d'activité SIAO 94 Croix-Rouge 2023

- existence de **partenariats** avec des accueils de jour et des CAARUD pour les accompagnements nursing ;
- les équipes mobiles de la mesure 27 sont très sollicitées pour **des interventions lors d'évacuation**, notamment dans des gymnases ;
- nécessité **d'une coordination entre les travailleurs sociaux de l'AHI et des équipes mesures 27**, afin d'éviter de complexifier les suivis ;
- besoin de réactivité des ESSIP **lors des sorties d'hospitalisation des usagers**.

3. Stratégie, gouvernance et pilotage du projet

3.1 Fondation l'Élan Retrouvé : cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées, connaissance du territoire et des publics cibles

Depuis sa création en 1948, la Fondation, reconnue d'utilité publique, l'Élan Retrouvé a pour but de créer des institutions relais à l'hospitalisation et de soigner et accompagner chacun à une réinsertion et une réhabilitation sociale et professionnelle. La Fondation l'Élan Retrouvé est un acteur engagé pour la consolidation de la présence du secteur privé solidaire dans le domaine de la psychiatrie, des addictions, des troubles du spectre de l'autisme, de la santé mentale et de la précarité. La poursuite et le développement de ses actions s'organisent à partir des besoins des populations qu'elle accompagne. Depuis 73 ans, la Fondation aide ainsi ces personnes à retrouver leur citoyenneté et dignité dans la société.

La rencontre entre le professionnel et l'utilisateur et la relation d'aide constituent les fondations indispensables à toute démarche au sein de nos établissements, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Ces éléments sont le point de départ de toute intervention, car ils favorisent la confiance et l'engagement mutuel.

L'offre déjà proposée à ce jour par la Fondation l'Élan Retrouvé témoigne de son expérience sur le secteur de la précarité, de la santé mentale, des dispositifs de l'Aller-vers, du social, du médico-social et du sanitaire, et en font des atouts majeurs :

- La **Fondation l'Élan Retrouvé se distingue par son expertise dans la prise en charge des troubles psychiques et des addictions**. Cette compétence est cruciale dans le contexte de la précarité, où ces troubles sont souvent exacerbés par des conditions de vie instables.
- Le développement du **pôle coordination des soins et prise en charge somatique** au sein de la Fondation se concrétise par le projet de création d'une équipe mobile somatique pour les structures sanitaires de la Fondation. Cette initiative permet de combler un vide souvent rencontré dans la prise en charge somatique des personnes en situation de handicap psychique, enfant adolescent ou adultes, où les besoins somatiques sont souvent négligés du fait de la symptomatologie psychiques. En intégrant ces deux dimensions, somatique et psychique, la Fondation se **positionne au carrefour d'une approche holistique nécessaire**.
- L'expérience de la Fondation dans le secteur de l'AHI positionne l'ESSIP comme un acteur clé dans le soutien santé des partenaires de l'insertion sociale des publics précaires. Nos équipes du terrain soulignent des difficultés de santé psychiques et somatiques des résidents, avec des difficultés de coordinations avec les équipes sanitaires sur les questions d'hospitalisation, des problématiques d'addiction compromettant leur parcours et le maintien dans le logement. De plus, l'intervention des IDE libéraux ou d'un SAMSAH se heurte parfois à la question de la temporalité pour les résidents en raison d'une tournée organisée par la planification de soins et leurs « horaires dédiés ».

- La Fondation dispose d'une offre complète et coordonnée de LHSS : mobile, résidentiel, addicto-psy et périnatalité dans le 78. En s'appuyant sur l'expertise de cette structure, ces équipes peuvent mutualiser les savoirs et les expériences et ainsi améliorer l'accueil des publics précaires nécessitant une prise en charge médicale tout en facilitant leur accès à des soins psychiques et somatiques. Cette ouverture aux publics précaires renforce la capacité de l'ESSIP à servir de pont entre les différentes structures (Samu Social, EMPP, PASS ...) qui travaillent également avec ces populations vulnérables.
- Le **développement des outils numériques, notamment de mon espace santé et de la messagerie de santé** par nos LHSS ont démontré une valeur ajoutée importante dans la coordination des soins. Malgré des doutes du fait de la population précaire et étrangère, ces outils ont pu fonctionner auprès de ce public et faciliter les échanges avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux, fluidifiant ainsi les parcours des personnes accompagnées. Les **projets de télémedecine et téléexpertise** au sein de la Fondation vont pouvoir participer au travail du parcours et de la prévention de la rupture de soins.

L'Élan Retrouvé a opéré son « virage ambulatoire » dès sa création et du fait de son caractère non sectorisé, et a pris l'habitude de **travailler avec les établissements publics et privés, qu'ils soient psychiatriques ou somatiques** mais aussi avec tous les établissements médico-sociaux ou sociaux et la médecine de ville (CPTS ou non). C'est aujourd'hui toute cette constellation qui a pris place auprès de la personne accueillie dans son parcours de vie. Ces liens permettent de garantir la cohérence de nos prises en charge au service de la qualité des soins et d'un accompagnement de la personne dans sa globalité et de majorer leur qualité de vie au quotidien.

La pluralité des prises en charge sanitaires a été complétée à partir de 1993 par la création **d'un secteur médico-social dynamique** avec la création de l'ESAT de l'Élan Retrouvé à destination d'un public avec un handicap psychique. Notre ESAT compte aujourd'hui 177 places, avec des ateliers dans les murs et hors les murs. **L'ESAT** sera complété, en 2008, par le **SAIPPH** (service d'insertion professionnelle des personnes handicapées) qui constitue un service où la problématique du travail est questionnée.

Le pôle « situations complexes TND TSA » médico-social) s'est développé à partir de 2018, dans la lignée du rapport Piveteau, du « Zéro sans solution » et du plan Belgique. Le principe de ces établissements – en plus de l'accompagnement des cas dits « incasables » - **est de favoriser une inclusion optimale** (par exemple par le mode d'hébergement au sein d'un EAM en petite unité et dispersé dans le tissu urbain) **dans la Cité en fonction des possibilités de chaque sujet.**

Le dispositif de l'Élan Retrouvé est complété par des structures tournées vers la **précarité**, en lien avec les troubles psychiques et/ou addictifs. Il s'agit de **nos équipes mobiles Lits Halte Soins Santé**, destinées à venir en appui du secteur accueil, hébergement et insertion confrontée à des personnes éloignées du système de santé pour initier ou permettre la poursuite dans ce même secteur d'un accompagnement y compris l'habitat informel ou la rue. L'objectif est d'éviter les ruptures de prise en charge ou en limiter les conséquences et faciliter la continuité des parcours de soins. Notre LHSS mobile comprend ainsi deux branches, le premier classique tourné vers les addictions/troubles psychiatriques et le second avec une thématique liée à la périnatalité.

Le pôle social s'est également développé progressivement, en cohérence avec le **virage domiciliaire**. Ce tournant a débuté avec la création d'appartements associatifs au milieu des années 2000 en lien avec les services de la Terrasse (CSAPA de l'EPS Maison Blanche) : ce dispositif s'est développé par la suite et a été suivi par l'installation des **trois résidences accueils** à partir de 2012. Ces résidences font l'objet, pour les usagers qui le souhaitent, d'interventions de nos SAVS et les usagers sont référés aux secteurs psychiatriques. Quant aux appartements associatifs, ils accueillent aujourd'hui une centaine d'usagers. Nous avons proposé en accord avec le département des Hauts-de-Seine et de Paris, un dispositif **d'aide à la vie partagée**, en lien avec nos SAVS, avec le secteur et nos hôpitaux de jour.

En termes d'organisation interne au sein de la Fondation, l'ensemble des fonctions administratives majeures sont gérées de manière centralisées à savoir :

- **la direction générale et médicale**, qui coordonne l'ensemble des acteurs : chefs de service, adjoints de direction, directeurs d'établissement. Le service de coordination des soins est rattaché à la direction médicale.
- **la gestion des ressources humaines**, du recrutement au contrat de travail. Les chefs de service reçoivent les candidatures mais le choix définitif revient au siège. Aucune embauche ne peut être réalisée sans l'accord express du siège. La gestion du temps et des congés est gérée au plus près des équipes dans l'établissement ;
- **la gestion de la paye et des charges sociales et fiscales**. Pour l'ensemble des établissements sanitaires, médico sociaux et sociaux la gestion est assurée par le siège sur la base des variables transmises par le chef de service et contrôlée par le service des Ressources humaines et le Directeur général. Pour les établissements à temps plein les directeurs réalisent leurs payes avec leur service ressources humaines dédiées ;
- **la gestion des finances, du contrôle de gestion et de la comptabilité**. À l'exception de l'ESAT et de l'hospitalisation à temps plein qui pour des raisons pratiques disposent d'un service comptable et de facturation déconcentré, l'ensemble de la comptabilité est contrôlé par le siège. L'ESAT et l'hospitalisation à temps plein disposent de procédures identiques à celles du siège. Les établissements sont contrôlés, à leur tour, par le Service comptable central. Les suivis budgétaires sont réalisés par le siège à l'exception de l'hospitalisation à temps plein et de l'ESAT ;
- **la gestion de la logistique**. La logistique quotidienne est assurée par les services. Le siège a en charge la gestion de tous les contrats globaux, la renégociation des marchés et la planification des travaux ;
- **la gestion de la qualité**. Un seul et unique service qualité existe. Toutefois, les chefs de service ou adjoints de direction sont les référents qualité en établissement ;
- **la recherche de fonds et la communication**. L'ensemble des services profite de temps de recherche de fonds (subventions, dons, contributions financières), de recherche documentaire et de temps de communication mutualisés à tous les services.

Les dépenses majeures et les investissements sont autorisés et gérés au siège. Les services de l'Élan Retrouvé sont, en revanche, autonomes dans leur prise en charge et accompagnement, sous la responsabilité du chef de service ou de l'adjoint de direction et pour les dépenses courantes dans la limite de la délégation définie par le Conseil d'Administration.

3.2 Fondation l'Élan Retrouvé : cohérence du projet ESSIP avec les valeurs

La Fondation l'Élan Retrouvé, pleinement reconnue par ses partenaires et ses interlocuteurs, place la personne au cœur du dispositif. Elle est fondée sur le libre choix de la personne, avec le souci de l'accompagner dans son parcours, du soin jusqu'à la réinsertion sociale et/ou professionnelle. En tant qu'individu, chacun doit pouvoir accéder en toute égalité à ses droits fondamentaux, exercer ses devoirs civiques et une activité en lien avec son projet de vie. Nous considérons que la formation des professionnels, l'accompagnement de la personne, des tiers aidants et de son environnement améliorent la qualité et la cohérence des soins.

La Fondation compte près de 700 salariés répartis sur l'ensemble des 40 établissements et services, dont 80 % d'entre eux exercent leur activité auprès de la personne accueillie, qu'elle soit engagée dans un processus de soin ou d'insertion. Les établissements de la Fondation reçoivent, chaque année, plus de 8.500 personnes.

Elle crée et/ou assure la gestion d'établissements sanitaires non sectorisés qui sont des Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et Participant au Service Public Hospitalier (PSPH), des établissements médico-sociaux et des établissements sociaux. Elle est devenue Fondation Reconnue d'Utilité Publique par décret du 16 août 2016 et fondation abritante par arrêté du 13 janvier 2021.

La candidature de la Fondation à cet appel à projet est cohérente avec le projet stratégique de la Fondation qui a été actualisé en 2023 et validé par les instances de la Fondation (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Établissement et Comité Social et Économique Central).

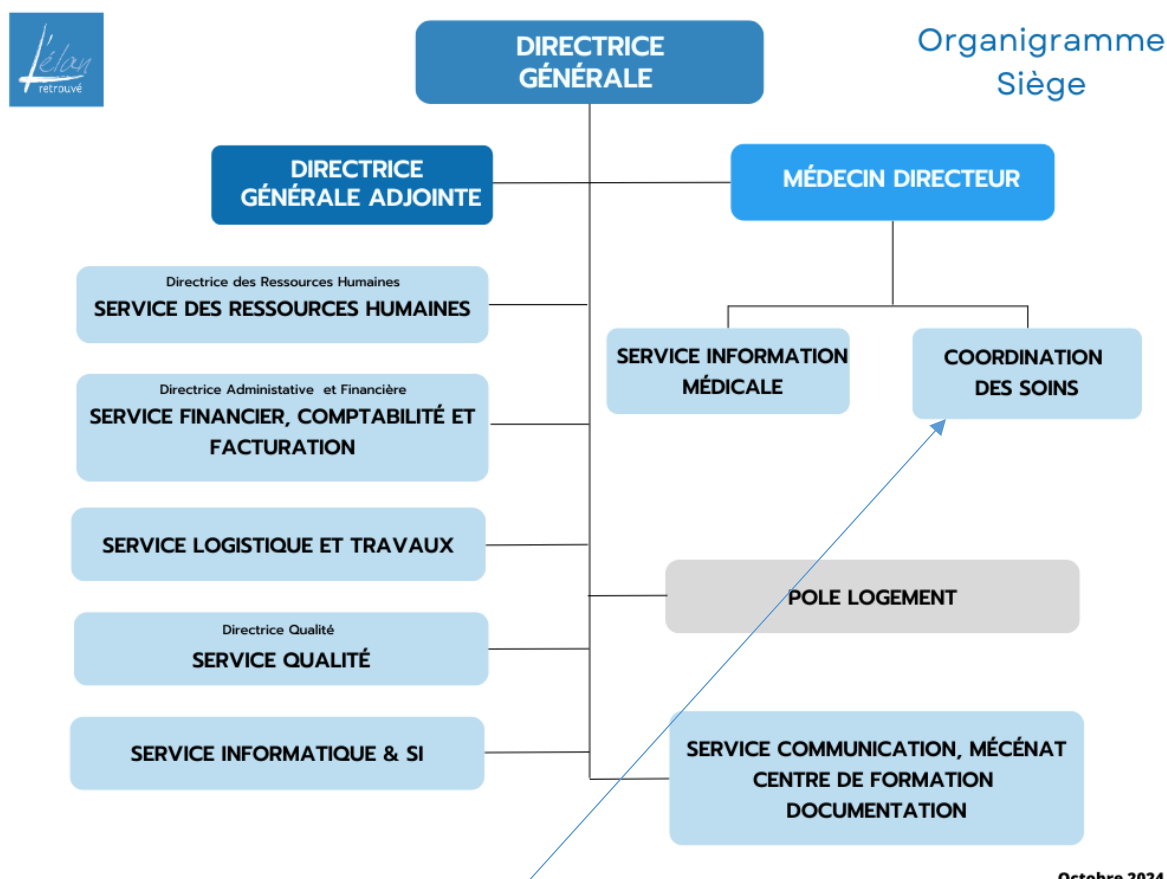
Quel que soit l'établissement, sanitaire ou médico-social ou social, la Fondation répond à ses missions d'intérêt général d'accueil non sectorisé des personnes avec un handicap psychique ou présentant des addictions, des troubles du spectre de l'autisme ou des troubles du neurodéveloppement.

Cette mission a été inscrite par notre Conseil d'Administration dès la rédaction de nos statuts. Cet accueil est fondé sur **nos valeurs d'humanisme et d'ouverture sur la Cité** qui sont les nôtres depuis 1948.

Au quotidien, les salariés de la Fondation font vivre ces valeurs au travers d' :

- une **éthique de l'accompagnement** et de la prise en charge en accueillant tout un chacun, même les personnes les plus démunies, tout en s'adaptant au fil du temps à ses besoins ;
- une **éthique de gestion**, en alliant à la fois efficacité et rigueur de la gestion sociale, administrative et financière ;
- une **éthique de la responsabilité**, en s'assurant de la professionnalisation des organisations et des relations avec toutes les parties prenantes.

3.3 Fondation l'Elan Retrouvé : organigramme du siège



Octobre 2024

En tant que cadre supérieur de santé au siège de la Fondation, mon poste se situe au sein de l'équipe de coordination des soins de la Fondation, en lien avec la direction médicale.

4. Planification et pilotage du projet

En amont de la rédaction de la réponse à l'appel à projet, je me suis inspiré du kit du chef de projet de Hugues Marchat et notamment la méthodologie des 3P³⁰ : **Préparer, Piloter, Progresser**.

Très rapidement, la gestion de ce projet a été marquée par l'adoption des principes **des méthodes agile**³¹ découverte dans mes lectures (et aussi par la force des choses) offrant ainsi une grande flexibilité et réactivité tout au long du processus. Cette approche nous a permis de répondre rapidement aux défis imprévus et aux besoins changeants qui ont ponctué ce projet. Chaque phase du projet a été abordée avec une vision claire des objectifs à court terme, ce qui a facilité l'adaptation continue aux contraintes administratives et opérationnelles. L'application de cette méthode s'est vue à travers des « sprints » définissant des actions concrètes et des objectifs clairs à atteindre. Cette méthode s'est révélée particulièrement adaptée, au vu du délai très court pour lequel on s'était engagé (déployer l'équipe en quatre mois).

Durant la phase de préparation, j'ai procédé ainsi, suite à la lecture du cahier des charges de l'ARS :

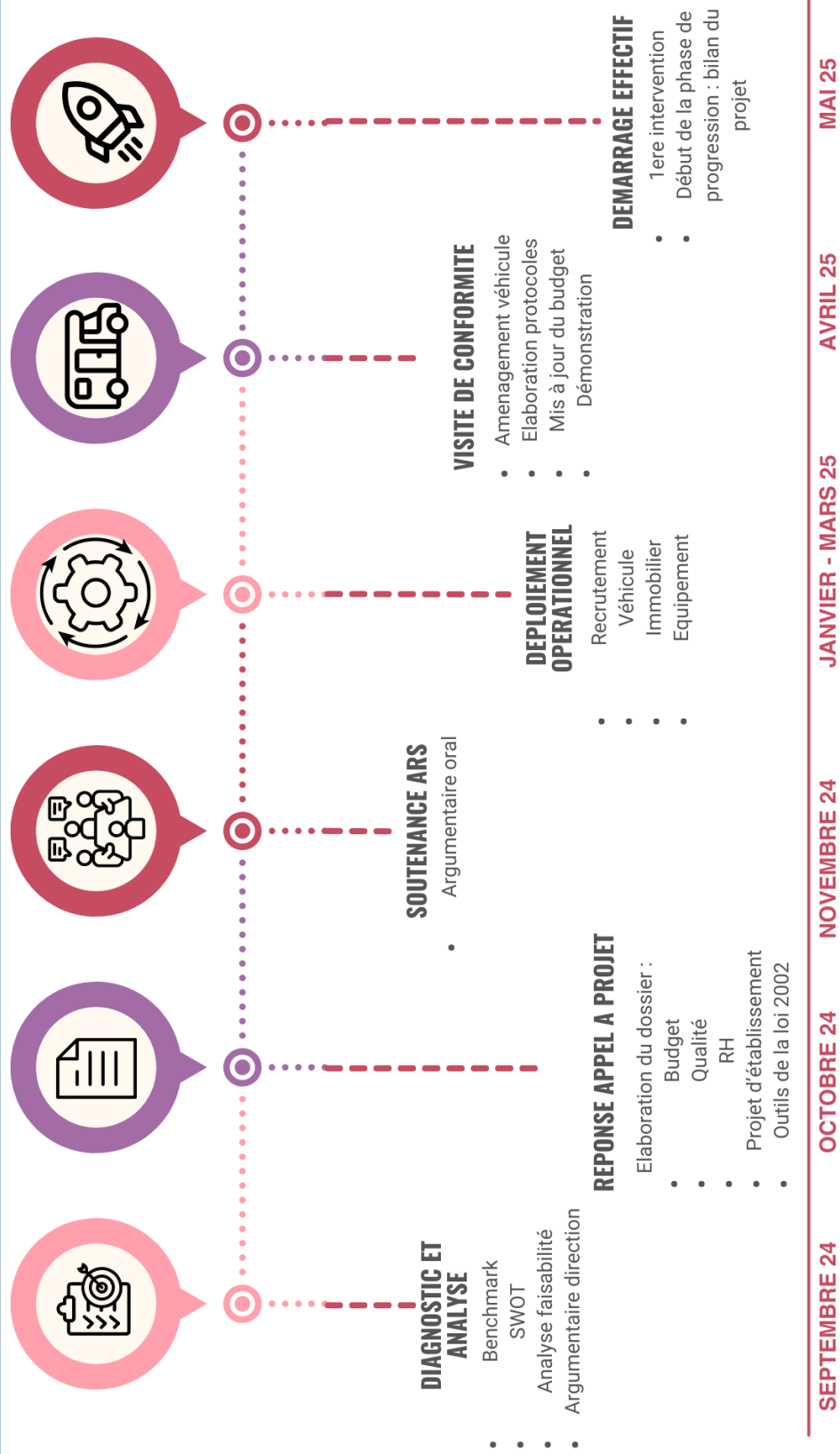
- **Au niveau de la faisabilité** : il s'agissait d'analyser les ressources disponibles en interne pour le déploiement du projet afin de constituer un **groupe projet**, mon niveau de maturité et mon désir de porter ce projet collectivement, les risques liés à la conduite de ce projet. Un **SWOT**, décrit plus bas, m'a aidé à clarifier ma pensée ;
- **Sur la cohérence** : le cahier des charges répondait pleinement aux enjeux stratégiques de la Fondation et notamment à son axe de développer son approche des plus exclus, en complément des LHSS ;
- **Sur l'argumentaire auprès de ma direction** : les réponses aux appels à projet et l'ouverture de nouveaux services sont portées, au sein de mon établissement, par la direction générale. Il a fallu que je m'appuie des arguments stratégiques auprès d'eux afin de défendre mon ambition d'inscrire la Fondation dans ce projet. Les arguments financiers (dotation globale annuelle de l'assurance maladie, donc un financement stable), la mobilisation restreinte de ressources internes (il s'agit d'une petite équipe, au départ sans projet immobilier) et mon désir de piloter le projet (donc une forme d'engagement moral envers eux) sont ceux que je leur ai présentés. La directrice générale a donné son accord, sous réserve que je partage la chefferie de projet avec la directrice générale adjointe, récemment nommée ;
- Il a fallu, en premier lieu, effectuer un travail de recherche documentaire dont législatif sur les équipes mobiles des mesures Ségur 27, puis effectuer un **benchmarking auprès des ESSIF existantes sur le territoire national** (décrit plus bas) ;
- L'élaboration d'un **GANTT** articulé autour de de trois étapes clés : la soutenance du projet dans les locaux de l'ARS, et si et seulement si nous étions choisis, le déploiement du projet puis la tenue de la visite de conformité ARS précédant le démarrage de l'activité.

³⁰ Marchat, H. (2020). *Le kit du chef de projet* (1re éd.). Eyrolles.

³¹ Collignon, A. et Schöpfung, J. (2016). Méthodologie de gestion agile d'un projet. Scrum – les principes de base. I2D - Information, données & documents, 53(2), 12-15. <https://doi.org/10.3917/i2d.162.0012>.

TIMELINE PROJET

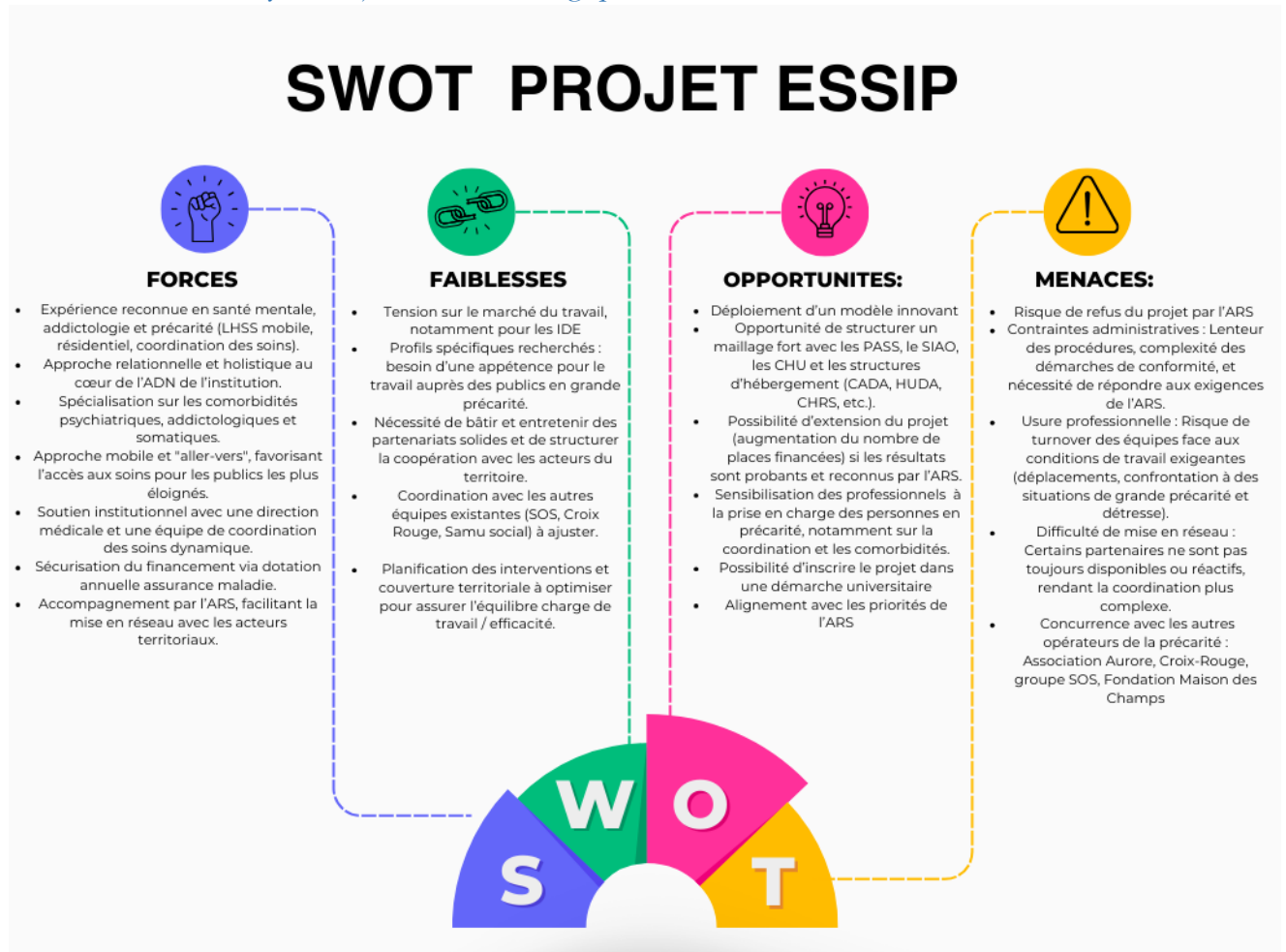
ILLUSTRATION DES ETAPES CLES



PREPARER **PILOTER** **PROGRESSER**

Ci-après se trouve une frise temporelle illustrative permettant au lecteur de se représenter les différentes étapes clés du projet.

4.1 Le SWOT : analyse et ajustement stratégique



4.2 Le Benchmarking : un exercice d'observation et de comparaison

L'objectif de cette démarche était de recueillir des informations pratiques sur :

- l'organisation interne des ESSIP (effectifs, coordination, fonctionnement)
- les types de partenariats établis (avec les structures d'accueil, les services sociaux, les hôpitaux, etc.)
- les difficultés rencontrées et les solutions mises en place
- les stratégies de communication et d'intégration avec les autres acteurs locaux et régionaux

Méthodologie

Pour mener ce benchmarking, j'ai contacté plusieurs équipes ESSIP opérant dans toute la France (Amiens, Marseille, Nice, Orléans, Paris, Créteil, Cergy). Ces échanges ont pris la forme d'entretiens téléphoniques et d'échanges de documents, notamment les projets de services.

Points clés issus du benchmarking :

- **Organisation interne** : Les ESSIP que j'ai contactées disposent en moyenne de **3 à 6 ETP soignants** par équipe, avec une gestion des plannings en fonction des besoins spécifiques du terrain. Les ESSIP, au lancement, étaient composé d'un psychologue. L'ensemble des

ESSIP contactées m'ont déconseillé de construire le projet avec un professionnel psychologue, au vu de la complexité d'établir un suivi psychothérapeutique avec un tel fonctionnement, mais plutôt de privilégier un **travailleur social pour soutenir les démarches engagées par les partenaires sociaux dans l'ouverture des droits**

- **Partenariats** : les partenariats entre les ESSIP et les acteurs locaux (SIAO, structures AHI, PASS, médecins généralistes, etc.) sont primordiaux pour garantir la fluidité du parcours de soin des usagers. La collaboration avec les **structures d'hébergement** et les **services sociaux** est également essentielle pour assurer l'accompagnement dans la durée, au-delà des soins médicaux.
- **Difficultés rencontrées** : 2 principales difficultés identifiées, tout d'abord le **recrutement** (l'ESSIP de Nice n'est actuellement composée que d'un ETP IDE...) et au niveau fonctionnel, ce qui concerne la **gestion des imprévus et la localisation des soins**, très fréquent avec le public suivi. Les équipes ESSIP doivent constamment ajuster leurs ressources en fonction de la demande, ce qui nécessite une grande flexibilité dans la gestion des plannings et des effectifs. Le lieu de réalisation des soins reste problématique : afin de préserver la dignité des personnes, les soignants sollicitent leurs partenaires des hébergements d'urgence pour avoir un lieu, avec accès point d'eau, pour réaliser les soins. Ce travail de recherche de lieu est consommateur de temps.
- **Stratégies de communication et d'intégration** : les ESSIP efficaces ont mis en place une communication claire et régulière avec les autres acteurs du territoire, en participant notamment à des **comités de pilotage régionaux** et en établissant des **réunions régulières avec les partenaires sociaux et médicaux**.

A la suite de ces échanges, nous avons décidé, la directrice générale adjointe et moi-même, d'orienter notre réponse à l'appel à projet de la manière suivante :

- Contrairement à l'idée initiale de proposer un projet d'ESSIP pour le 75, **nous nous sommes orientés vers le 94**, également ciblé par l'appel à projet (AAP) de l'ARS, car nous avons le sentiment que l'opérateur ESSIP du 75 contacté lors du benchmarking, en place depuis plusieurs années et qui tournait bien, allait demander une augmentation de ses places et que nous avons peu de chance de le concurrencer. La Fondation possède de plus des résidences du secteur AHI dans le 94, ce qui rendait le projet d'autant plus cohérent. Nous avons également appris qu'il existait une coordinatrice inter-équipes mobiles pour le 94, qui faciliterait notre intégration sur le territoire.
- Cibler en premier lieu les échanges avec les acteurs sociaux et de santé locaux afin d'évaluer les besoins sur le territoire et de **préconcevoir des parcours pour les usagers** dans notre réponse à l'AAP. La coordinatrice ayant déjà travaillé sur des parcours existants, ce travail

serait facilité et nous permettrait de venir en complémentarité (notamment dans notre approche santé mentale et addictologie).

- Intégrer **un travailleur social** à l'ESSIP, afin d'appuyer la question du suivi social et de réorienter plus rapidement les usagers vers le droit commun.
- Un élément ambitieux afin de répondre aux difficultés des lieux de soin et de l'intimité de l'usager : équiper notre ESSIP d'un **camping-car aménagé en service de soin mobile**.

4.3 Le GANTT : de la conception à la mise en œuvre

En raison de deux incertitudes majeures dans la conduite du projet — à savoir, d'une part, le choix éventuel de la Fondation comme opérateur de l'ESSIP par l'ARS, et d'autre part, l'issue de la visite de conformité du camping-car — j'ai dû adapter à plusieurs reprises les objectifs initiaux. La gestion des priorités s'est également révélée délicate, notamment concernant la recherche de locaux et le recrutement, ce qui m'a conduit à ajuster régulièrement les axes de pilotage du projet.

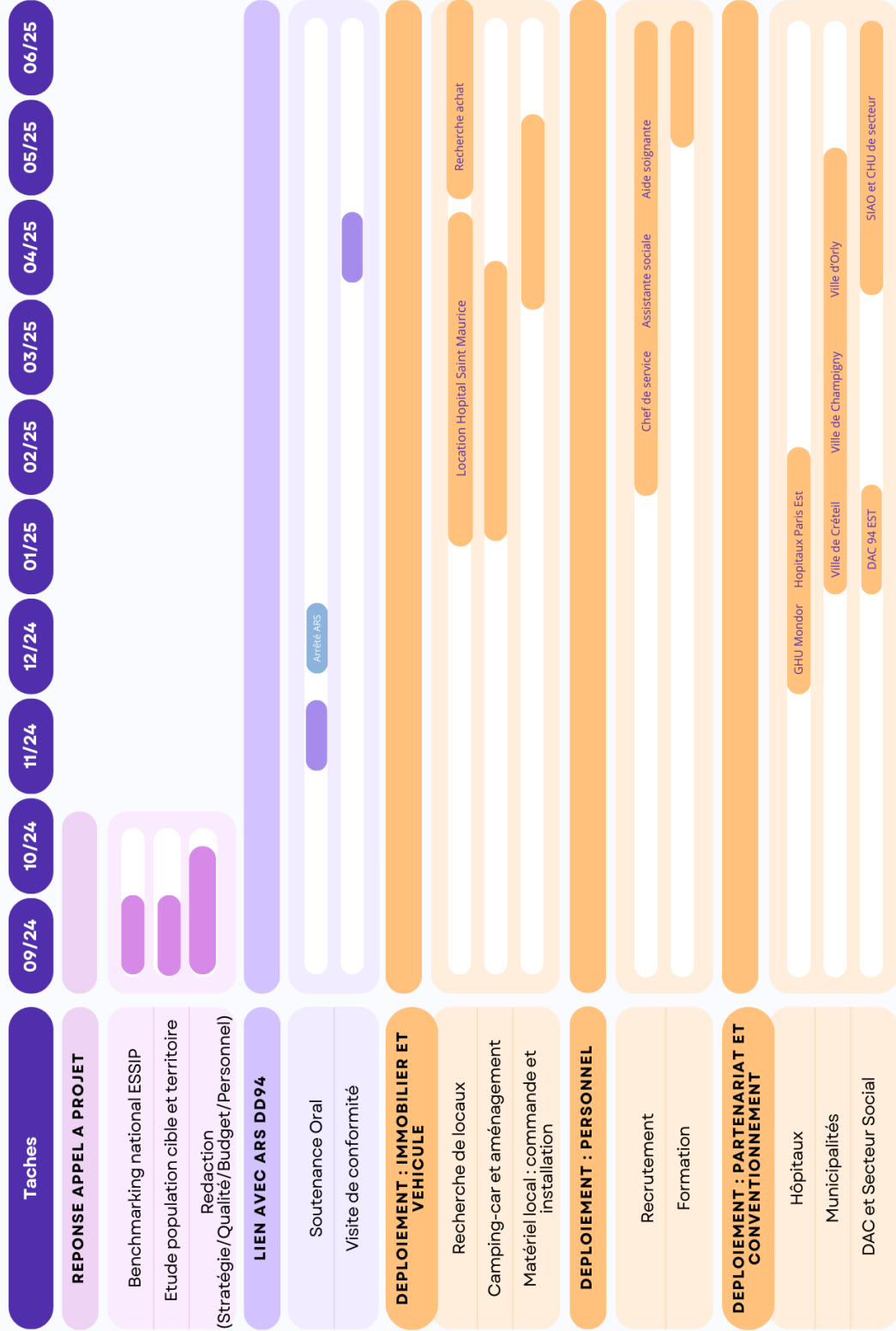
Le diagramme de Gantt que nous présentons à ce jour (fin avril 2025), reflète ces ajustements progressifs. Les éléments antérieurs à cette date retracent fidèlement le déroulement effectif du projet, tandis que ceux postérieurs relèvent d'une projection dans le cadre du démarrage de l'activité de l'équipe. La visite de conformité du camping-car est le point de bascule entre les deux Gantt.

Ce premier Gantt, illustré plus bas, évoque la phase préparation puis de déploiement opérationnel du projet (Préparation de la réponse à l'appel à projet, Soutenance, déploiement immobilier et véhicule, déploiement personnel, déploiement partenariat).

Un second diagramme sera présenté en fin de mémoire, reliant la conclusion de la gestion de projet au démarrage opérationnel de l'équipe sur le terrain.

GANTT PROJET ESSIP

M E N S U E L



4.4 Le rôle clés des parties prenantes dans le pilotage et la coordination

Parties prenantes internes

Les pilotes :

- **La Directrice générale adjointe (DGA)**, initialement co-chef de projet, a joué un rôle stratégique de coordination. Son départ non anticipé a contraint à une réorganisation rapide, mais la **Directrice Administrative et Financière (DAF)** a repris efficacement la gestion, apportant une perspective nouvelle et complémentaire. Elle s'est révélée une alliée précieuse, dynamique et fédératrice, en faisant preuve d'une grande adaptabilité. Ce projet lui a permis d'élargir son champ d'action en mettant en œuvre des compétences qu'elle n'avait pas sollicitées auparavant, telles que le recrutement du personnel de terrain et sa participation active aux comités de pilotage des équipes mobiles, renforçant ainsi la cohésion et la direction stratégique du projet.
- **Moi-même**, en tant que cadre supérieur de santé, j'ai co-piloté ce projet en étant au cœur de l'organisation opérationnelle et du pilotage quotidien. Mon rôle principal a consisté à garantir la cohérence entre les différentes phases du projet. J'ai mis à profit mes compétences de facilitateur pour gérer les interactions avec les équipes internes et externes, avec un élément qui me tenait à cœur : maintenir une bonne dynamique de collaboration tout au long du processus. Mes missions actuelles me plaçaient déjà à l'interface de plusieurs acteurs du groupe (gestion de projet liés aux soins, coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, coordinateur du dossier patient informatisé et du dossier usager informatisé), les relations professionnelles étaient de ce fait déjà établies.

La direction :

- **La directrice générale (DG)** : commanditaire du projet, a validé les décisions stratégiques liées aux projets.
- **Le Médecin directeur, la Coordinatrice des soins et des accompagnements, et le médecin généraliste coordinateur** ont vérifié que le projet réponde aux exigences médicales et de soins appropriés.
- **La direction RH** a participé au processus de recrutement. Le **préventeur des risques professionnels**, lié aux RH, a apporté une expertise précieuse sur les RPS liés aux modalités de fonctionnement de l'équipe. Ses compétences en mécanique ont également été un atout précieux pour l'achat du véhicule.
- **La direction qualité**, a participé à l'élaboration des procédures et des éléments nécessaires à la visite de conformité.

Partenaires et services transversaux :

- **Le service informatique** a assuré la mise en place des outils informatiques, accès et logiciel métier pour l'équipe.
- **Le service logistique** a été responsable de la gestion des ressources matérielles, a participé à l'aménagement du véhicule mobile, ainsi que des autres équipements nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe.

- **La Pharmacie à Usage Interne (PUI)** a mis en place les circuits de sécurisation du médicament et fourni les dotations trousse d'urgence et armoire pharmacie.

Le rôle clé de la communication :

- **Le service communication** a été très actif dans la promotion interne et externe du déploiement de l'équipe, et a participé à diffuser les offres d'emploi de l'ESSIP sur les réseaux cibles.

Parties prenantes externes et partenaires locaux

Le projet a également impliqué des partenaires externes cruciaux pour sa réussite :

- **L'ARS** : organisme central dans la validation du projet, la présentation à la commission de l'ARS, ainsi que l'analyse des résultats et le financement du projet. Son soutien, à la fois technique et financier, a été essentiel tout au long de la mise en œuvre.
- **Les partenaires locaux** : ce projet a été conçu en étroite collaboration avec des acteurs locaux déjà établis sur le territoire, comme l'ESSIP du Groupe SOS à Créteil, le SIAO94, et la coordinatrice des équipes mobiles, Mme Betty Nou. Ces partenaires ont été impliqués dès la phase de conception pour identifier les besoins spécifiques des populations précaires et garantir l'efficacité des synergies inter-structures. Les mairies ont également répondu présent et plusieurs d'entre elles nous ont reçu pour présenter le projet et mettre en place des partenariats.
- **Les structures d'hébergement d'urgence et dispositifs AHI** : la collaboration avec ces acteurs a permis de mieux cibler les besoins sanitaires et sociaux des publics en situation de grande précarité (centre d'hébergement d'urgence CHU etc.).

L'une des caractéristiques essentielles de l'agilité du projet a résidé dans la collaboration étroite au sein de l'équipe. En pratique, cela s'est manifesté par des réunions régulières avec ma copilote (stand-up meetings), parfois inopinée, pour évaluer les progrès et ajuster les actions. Plusieurs objectifs ont été fixés au jour le jour en fonction des imprévus (refus d'un candidat pour le recrutement dû à des problématiques de communication interne, annonce de la date de la visite de conformité seulement deux semaines avant l'échéance, panne importante du véhicule,...).

Quelque part, ces aléas ont renforcé la cohésion d'équipe en transformant la difficulté en opportunité d'adaptation, avec le collectif comme valeur socle.

Ci-après, un tableau résume le rôle des différents acteurs du projet. Le chef de service de l'ESSIP, arrivé en avril 2025, a pris part activement aux derniers jalons du déploiement.

GROUPE PROJET

	CHEFFERE DE PROJET	BUDGET	SOIN ET QUALITE	IMMOBILIER	VEHICULE	RECRUTEMENT	MATERIEL	PARTENARIAT	DEMARRAGE
DGA (DÉPART NOV 24)									
DAF									
MAXIME LUPO									
DG									
DIRECTION MEDICALE									
DIRECTION QUALITE									
DIRECTION RH									
SERVICE INFORMATIQUE									
PREVENTEUR RISQUE									
PUI									
SERVICE LOGISTIQUE									
SERVICE COMMUNICATION									
CHEF DE SERVICE ESSIP									

4.5 Structurer la réponse à l'AAP et présenter l'argumentaire à l'ARS

Le cahier des charges de l'AAP contenait les éléments et contraintes suivants :

- **Contexte et objectifs** : création d'équipes mobiles ESSIP pour répondre aux besoins de soins des populations en précarité dans les départements de Paris, Seine-et-Marne et Val-de-Marne. Objectifs principaux : "*aller-vers*" pour améliorer l'accès aux soins, éviter les hospitalisations non justifiées et garantir une continuité de soins après hospitalisation.
- **Dispositions légales et réglementaires** : conformité aux lois et décrets relatifs à l'action sociale et médico-sociale, y compris les lois de 2002 et 2005, et le décret n°2021-1170 concernant les équipes mobiles médico-sociales.
- **Capacité d'accueil** : ESSIP pour 25 places à Paris, 20 places en Seine-et-Marne, et 25 places dans le Val-de-Marne. Un besoin urgent de renforcer les équipes pour faire face à une demande croissante de soins dans les zones les plus précaires.
- **Délai de mise en œuvre et exigences organisationnelles** : mise en place de l'équipe mobile dans un délai entre **4 et 6 mois**. L'ESSIP devra fournir des soins à la personne en prenant en compte leur situation sanitaire et sociale spécifique.
- **Partenariats** : le projet doit intégrer des partenariats avec des structures sociales, médico-sociales, sanitaires, et les services locaux d'hébergement
- **Ressources humaines et qualifications** : chaque ESSIP doit être composée à minima d'un coordonnateur (médecin ou infirmier coordinateur ou professionnel disposant d'un CAFERUIS) d'un infirmier et d'un aide-soignant.
- **Financement et budget prévisionnel** : le budget prévisionnel pour l'équipe de 25 places dans le Val-de-Marne est de **430 000 €** par an. Le financement est basé sur une dotation globale annuelle pour couvrir les coûts de fonctionnement, sans subventions d'investissement.

Notre proposition et les points clés de notre dossier :

Au vu des éléments collectés dans le benchmarking, des contraintes du cahier des charges et la concurrence des autres opérateurs déjà bien implantés dans le secteur et qui allaient répondre, il a fallu proposer un modèle innovant mais fidèle aux usages de la Fondation.

En lien avec les valeurs et les missions premières de la Fondation, nous avons construit notre réponse à l'appel à projet en plaçant la relation avec l'utilisateur comme point de départ du soin, avec l'idée de le **(ré)inscrire dans son parcours de soin et son parcours de vie**.

En créant du lien, les professionnels de l'ESSIP participent avec les autres acteurs de la précarité pour proposer un accompagnement global en santé (somatique, psychique, réduction des risques) et ainsi prendre en compte les déterminants sociaux de santé de ce public aux profils divers.

Dans le cadre de sa démarche d'Aller-Vers et pour répondre aux problématiques des publics spécifiques accueillis dans les structures AHI, nous avons souhaité proposer un modèle innovant, alliant mobilité et accueil, en proposant l'acquisition d'un véhicule type **camping-car aménagé**, permettant les soins et la garantie de l'intimité et de la dignité de l'utilisateur lors de leurs réalisations.

Ci-dessous un résumé des points forts que nous avons voulu mettre en avant :

- **Réactivité et flexibilité :** le projet met l'accent sur une agilité face aux demandes des orienteurs, ainsi qu'une souplesse dans l'accompagnement, permettant une adaptation en temps réel.
- **Collaboration avec les acteurs locaux :** L'ESSIP s'intègre pleinement dans un réseau local renforcé, collaborant avec les acteurs de soins, les services sociaux, et les structures communautaires, pour garantir une couverture optimale des besoins en santé des populations précaires. Nous avons mis en avant le benchmarking effectué au niveau local et national.
- **Prise en charge des troubles psychiques et addictologique :** nous avons souligné l'attention portée sur ces troubles, souvent sous-diagnostiqués et mal pris en charge dans ce public. L'approche pluridisciplinaire permet une réponse complète et adaptée, soutenue par l'expertise de la Fondation en santé mentale et addictions.
- **Formation continue et développement des compétences :** une formation continue est prévue pour l'équipe, en particulier sur des thématiques comme la gestion des pathologies psychiatriques, les addictions, et l'accompagnement des publics précaires, garantissant ainsi l'adaptabilité du personnel aux défis du terrain
- **Adaptation aux spécificités du territoire :** le projet répond aux besoins spécifiques du Val-de-Marne, en tenant compte des particularités sociales et culturelles du territoire
- **Planification des ressources humaines et financières :** avec une capacité de 25 places et une file active de 100 à 120 usagers par an, l'ESSIP prévoit une équipe de 6 ETP (Chef de service infirmier, deux infirmiers, deux aides-soignants, un travailleur social) et une estimation de 5500 actes réalisés par an, garantissant l'efficacité du projet tout en respectant les contraintes budgétaires.
- **Un fonctionnement de 8h à 19h, tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés** (ce qui complète l'offre de l'ESSIP de SOS), afin d'assurer la continuité des soins.
- **Garantie des droits des usagers :** conformément à la loi du 2 janvier 2002³², l'ESSIP assure un suivi personnalisé pour chaque usager, avec des documents adaptés à la population cible, et met en place des outils de participation comme des groupes d'expression et des enquêtes de satisfaction. Les outils, inspirés de ceux des LHSS, ont été transmis.
- **Suivi et amélioration continue de la qualité et soutien institutionnel :** supervisions régulières de l'équipe, des formations continues et une évaluation systématique des interventions.

Notre argumentaire lors de la commission auprès de l'ARS

L'enjeu de cette « soutenance » orale était que notre projet se démarque face aux autres opérateurs qui répondaient à l'appel à projet. Nous nous sommes donc rendus au siège de l'ARS Ile-de-France, la directrice administrative et financière et moi-même comme cadre supérieur de santé, le 21 novembre 2024 (jour de neige abondante, nous avons failli ne pas pouvoir s'y rendre, ce qui aurait changé certainement le contenu de ce mémoire).

³² LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, code de l'action sociale et de la famille.

Notre argumentaire était structuré autour de plusieurs axes stratégiques. Premièrement, nous avons souligné l'importance que nous donnions à la réactivité et de la flexibilité de l'équipe mobile, capable de s'adapter aux besoins urgents et spécifiques des usagers. Nous avons ensuite mis l'accent sur la coordination des soins, indispensable pour assurer une continuité de traitement, notamment après des sorties d'hospitalisation. Nous avons également insisté sur l'innovation de notre approche, avec l'intégration d'un véhicule aménagé en camping-car, garantissant l'accès aux soins dans des conditions dignes et adaptées, directement sur les lieux de vie informels des usagers.

Nous avons également évoqué notre capacité à respecter les contraintes budgétaires et l'enveloppe allouée pour cette mission.

De manière générale, conscients de l'importance de cette présentation auprès de l'ARS, nous avons orienté notre discours sur les aspects qui rendaient notre candidature légitime :

- Au titre **des missions inscrites dans ses statuts** qui sont :
 - « d'accueillir, de soigner, d'accompagner et de loger des enfants, adolescents et adultes de tous milieux sociaux et de toute origine » ;
 - en « leur donnant les moyens matériels et humains de s'adapter et se réadapter socialement et professionnellement » ;
- Au titre de sa **politique d'accompagnement et de prise en charge** synthétisée dans le projet stratégique actuel. Celui-ci souligne la nécessité de construire, avec les personnes, de réels parcours de vie, transversaux, au-delà des clivages sanitaire, médico-social, social, au-delà des différences sociales, et d'adapter de manière permanente les réponses aux nouveaux besoins avec diversification des accompagnements et des prises en charge ;
- Au titre de son expérience dans l'accompagnement du public accueilli, une des principales caractéristiques de **la population** de l'Élan Retrouvé est sa fragilité et sa précarité associées aux troubles psychiques, aux addictions et aux TSA ;
- Au titre de **ses compétences dans l'accompagnement médico-social** depuis 1993 et social depuis le milieu des années 2000 ;
- Au titre de **sa rigueur financière** et de la recherche permanente de son équilibre budgétaire, d'optimisation et d'effets d'échelle.
- Au titre de **sa connaissance du public précaire**, par son expérience sanitaire, médico-sociale et social et notamment par l'ouverture en 2022 des Lits Halte Soins Santé résidentiel et mobile (addicto-psy et périnatalité)
- Au titre de son **expérience dans le secteur de l'accueil, hébergement, insertion**, avec la gestion de trois résidences accueils dont une dans le Val-de-Marne à Choisy, et 42 logements accompagnés
- Au titre du développement de son **pôle coordination des soins et prise en charge somatique en santé mentale** au sein de la gouvernance
- Au titre du développement **des outils numériques de santé et de coordination de soin** prévu dans son projet stratégique ;
- Au titre du développement de son activité de consultation, avec l'intégration du **Centre Phoenix (psycho-traumatisme), de la consultation transculturelle et du centre de prévention du suicide**, financés en dotation globale ;

Avant même d’aborder le déploiement opérationnel du projet ESSIP, il est important de souligner que rien n’était acquis au moment de la présentation à la commission de l’ARS. Le risque que notre proposition ne soit pas retenue était bien réel, face à des opérateurs déjà implantés, dotés d’une solide expérience et de réseaux bien établis dans le secteur de la précarité. Si cela avait été le cas, le projet ESSIP tel que nous l’avons imaginé, pensé et construit collectivement, aurait sans doute pris une toute autre forme — ou n’aurait peut-être jamais vu le jour.

Cette incertitude souligne à quel point chaque phase du projet engage une part de fragilité, mais aussi de conviction, et combien il est nécessaire d’inscrire les décisions prises dans un contexte de concurrence, d’opportunités politiques, et de dynamique institutionnelle.

L’aval de l’ARS a constitué un véritable point de bascule, rendant possible le passage d’une idée à une réalité de terrain. C’est dans cette perspective qu’est inscrit le déploiement qui a suivi.

5. Le déploiement opérationnel de l'ESSIP

5.1 Phase de lancement : Le Recrutement

Tout d'abord, compte tenu des défis d'attractivité et de fidélisation auxquels notre secteur est confronté, et en particulier du caractère « atypique » de l'ESSIP (conduite d'un camping-car et travail auprès de publics en grande précarité), nous anticipions des difficultés notables dans le recrutement du personnel.

Cette phase a nécessité l'implication de nombreux acteurs du groupe.

Le chef de projet, la DAF, la coordinatrice des soins et le médecin généraliste coordinateur ont participé activement aux entretiens, tandis que le service RH a assuré la promotion des annonces. Parallèlement, le service communication a réalisé une vidéo promotionnelle pour l'ESSIP, au format vertical pour smartphones, avec pour thème « L'ESSIP en trois mots ». L'objectif était de toucher un public jeune, à la recherche d'une expérience professionnelle différente de celle de l'hôpital. La vidéo, visible sur le profil LinkedIn de la Fondation l'Elan Retrouvé, a été une expérience intéressante, où j'ai dû moi-même m'impliquer dans le monde des réseaux sociaux (cher(e) lecteur(rice), je vous laisse en juger).

Certains candidats, lorsqu'ils se sont présentés aux entretiens, ont évoqué cette vidéo qui leur avait donné envie de mieux connaître le projet.

A ce jour, nous avons recruté le chef de service-infirmier coordinateur, une aide-soignante, une assistante sociale et nous finalisons le recrutement d'un personnel infirmier. L'équipe n'étant pas encore complète, le fonctionnement initialement prévu ne peut pas se mettre en place : nous optons à ce jour pour un fonctionnement en jour ouvré, de 9h à 17h.

L'arrivée en avril 2025 de l'infirmier coordinateur et chef de service de l'ESSIP a insufflé une nouvelle dynamique au projet grâce à ses compétences en gestion d'équipes, logistique et technique. Son expertise en gestion de projet a été un facteur clé de succès, notamment lors de la visite de conformité du camping-car, où ses connaissances du terrain et des spécificités techniques du véhicule ont été déterminantes.

Son onboarding a été réfléchi pour qu'il puisse rapidement intégrer la démarche projet tout en déployant ses missions de chef de service. Un accompagnement structuré a été mis en place, lui permettant de se familiariser avec les spécificités du projet, les besoins du public et la culture de la Fondation, notamment puisqu'il ne connaissait pas le domaine de la santé mentale.

Des sessions d'échanges avec les équipes du siège ont facilité sa prise de fonction, et lui ont permis d'identifier rapidement les leviers de développement du projet. Nous avons veillé à ce qu'il se sente pleinement impliqué dans les premières étapes opérationnelles.

Les chefs de services des ESMS de la Fondation ont tous pour supérieur hiérarchique la directrice générale, quel que soit leur métier de base. En tant que cadre supérieur de santé lié à la direction médicale, je n'ai pas de lien hiérarchique direct avec eux.

Il a donc fallu que je trouve un positionnement adéquat, entre management collaboratif et gestion de projet, pour garantir une coordination efficace tout en respectant les spécificités de chaque service. Mon rôle a été de créer un environnement de travail basé sur l'échange et la coopération, tout en définissant clairement les objectifs de l'ESSIP et en veillant à la mise en œuvre opérationnelle. J'ai dû également renforcer la communication interservices, en facilitant la circulation de l'information et en s'assurant que le chef de service puisse prendre part activement aux décisions stratégiques sans pour autant empiéter sur la hiérarchie fonctionnelle préexistante. C'est un positionnement inhabituel dans l'organisation de la Fondation, où les créations de service et d'établissements ont été jusque-là supervisées par la direction générale, donc avec un lien hiérarchique net. Ma position intermédiaire et transverse, entre cadre de service et direction générale, a été un « bac à sable » pour moi et l'organisation.

Mes lectures sur le sujet m'ont conduit à trouver l'inspiration pour ajuster cette posture nécessaire dans le cahier technique sur le management participatif et collaboratif publié par la fédération hospitalière de France (FHF).³³

Ce document souligne l'importance de la co-construction des projets entre les différents acteurs, ainsi que la nécessité de clarifier les rôles et responsabilités tout en favorisant une prise de décision participative. Dans ce contexte, ma position intermédiaire et transverse m'a permis de jouer un rôle de facilitateur entre la direction générale et les équipes opérationnelles. Ce rôle a consisté à encadrer et à accompagner tout en restant à l'écoute des préoccupations et des suggestions des collègues.

Le principal défi pour moi a été de stimuler des dynamiques collectives tout en respectant les hiérarchies établies. Cela a exigé un équilibre délicat, une sorte de jeu d'équilibriste où, par moments, j'ai eu la sensation de frôler les limites de mon positionnement. Ma co-pilote, la DAF, étant membre de la direction, a pu pleinement prendre le relais lorsque certaines décisions bloquaient au niveau direction générale.

J'ai constaté que ce type de management a permis de rendre le chef de service de l'ESSIP plus autonome dans la résolution des problèmes quotidiens, et qu'il me sollicitait en second recours après avoir épuisé ses stratégies de réponse face aux situations problématiques.

Le cahier de la FHF souligne que l'un des principaux avantages du management collaboratif est sa capacité à favoriser l'innovation et la créativité, des qualités particulièrement précieuses dans des projets novateurs et complexes tels que l'ESSIP. Étant donné la nature spécifique et innovante de ce projet, il était essentiel de permettre aux équipes de proposer des solutions adaptées face aux défis rencontrés. Mon rôle a consisté à créer un environnement propice à l'émergence de nouvelles idées tout en veillant à ce qu'elles s'inscrivent dans les objectifs stratégiques définis par la direction générale. Par exemple, le chef de service de l'ESSIP, faisant preuve d'initiative, a suggéré plusieurs aménagements pour améliorer le camping-car. Habituellement, ces demandes seraient adressées au service logistique, qui enverrait un agent pour effectuer les travaux. Toutefois, en réponse à sa proposition, nous avons décidé, de manière collaborative, d'utiliser des outils internes pour réaliser ces aménagements nous-mêmes, après avoir obtenu le soutien nécessaire auprès de la direction générale. Cette démarche a non seulement renforcé l'autonomie de l'équipe, mais a aussi permis de respecter plus efficacement les délais en construisant un sentiment d'appropriation du projet.

Enfin, ce management agile a permis de naviguer dans un environnement en constante évolution, notamment face aux défis de recrutement et d'intégration des équipes. Le fait d'avoir cultivé une relation de confiance avec les différents acteurs du projet a été un facteur clé de succès pour le lancement et la continuité de l'ESSIP.

Il me semble toutefois, par expérience, que ce management implique un « revers de la médaille », celui de la difficulté à instaurer une position ferme lorsque cela devient nécessaire. Travailler sur la confiance au sein de l'équipe implique souvent de donner une grande liberté d'action et d'encourager l'initiative, mais cela peut rendre plus complexe le moment où il faut imposer des limites ou faire des choix stratégiques plus contraignants. La souplesse du management collaboratif peut parfois engendrer une situation où des décisions plus rigides et hiérarchiques sont perçues comme un changement de posture ou un manque de clarté.

Face à ces situations, plusieurs stratégies : il est essentiel de maintenir une communication transparente et de rappeler clairement les objectifs collectifs lorsque des décisions difficiles doivent être prises. Une autre stratégie consiste à renforcer la légitimité des décisions en les justifiant par des éléments factuels et des analyses partagées, d'où l'importance de travailler ses indicateurs, éléments concrets de dialogue entre le chef de service de l'ESSIP et les pilotes du déploiement de projet.

³³ Fédération Hospitalière de France. (2023). *Cahier technique sur le management participatif et collaboratif*. Fédération Hospitalière de France.

Les cours de M. Xavier Marchand lors de l'année de MOS 2 m'ont guidé dans de nombreuses réflexions managériales, notamment la devise : « Considérons qu'il s'agit d'un problème d'organisation, non pas un problème de personne ».

5.2 Recherche et aménagement des locaux, acquisition du véhicule, équipements spécifiques

5.2.1 Recherche du Local : De la location à l'acquisition d'un espace adapté

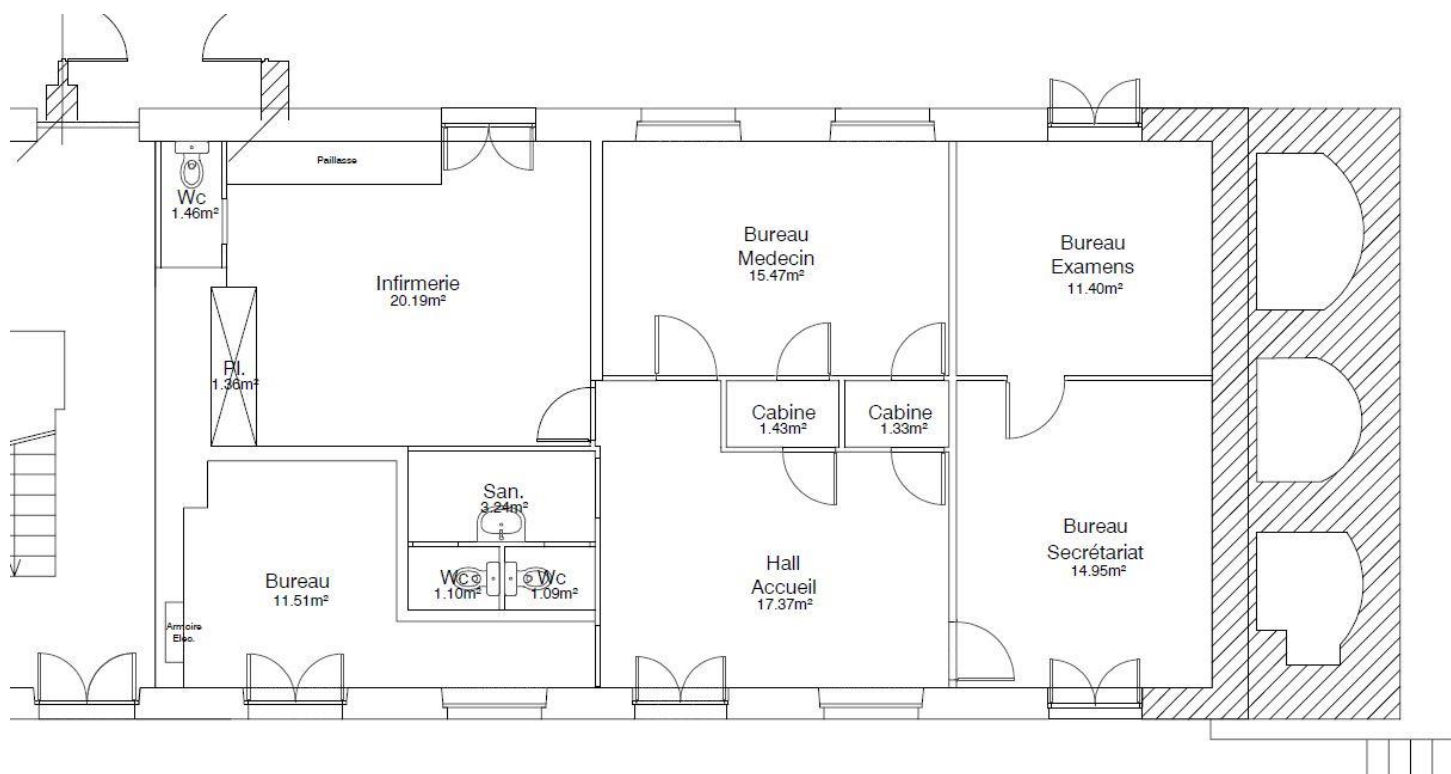
Au départ, l'idée était de louer un local pour héberger l'équipe ESSIP dans un délai de quatre mois, afin de respecter les délais de déploiement de l'activité. Toutefois, cette recherche s'est rapidement avérée plus complexe que prévu. Malgré plusieurs démarches entreprises dans le département du Val-de-Marne, les options disponibles étaient soit inadaptées aux besoins spécifiques de l'équipe, soit trop coûteuses. Les critères requis pour accueillir une équipe mobile de soins dans un cadre sécurisé, avec des espaces adaptés et conformes aux normes sanitaires, limitaient considérablement les possibilités.

La Fondation a pour partenaire la mairie d'Ivry, qui a répondu rapidement à notre demande de local : une ancienne crèche municipale était disponible dans la ville, et disposait de places de parking pour les véhicules de l'ESSIP. Après visite et estimation des travaux à réaliser, il manquait un seul élément pour débiter l'aménagement : l'accord de l'office HLM, qui à ce jour, n'a toujours pas répondu. Nous avons donc parallèlement continué à chercher d'autres options.

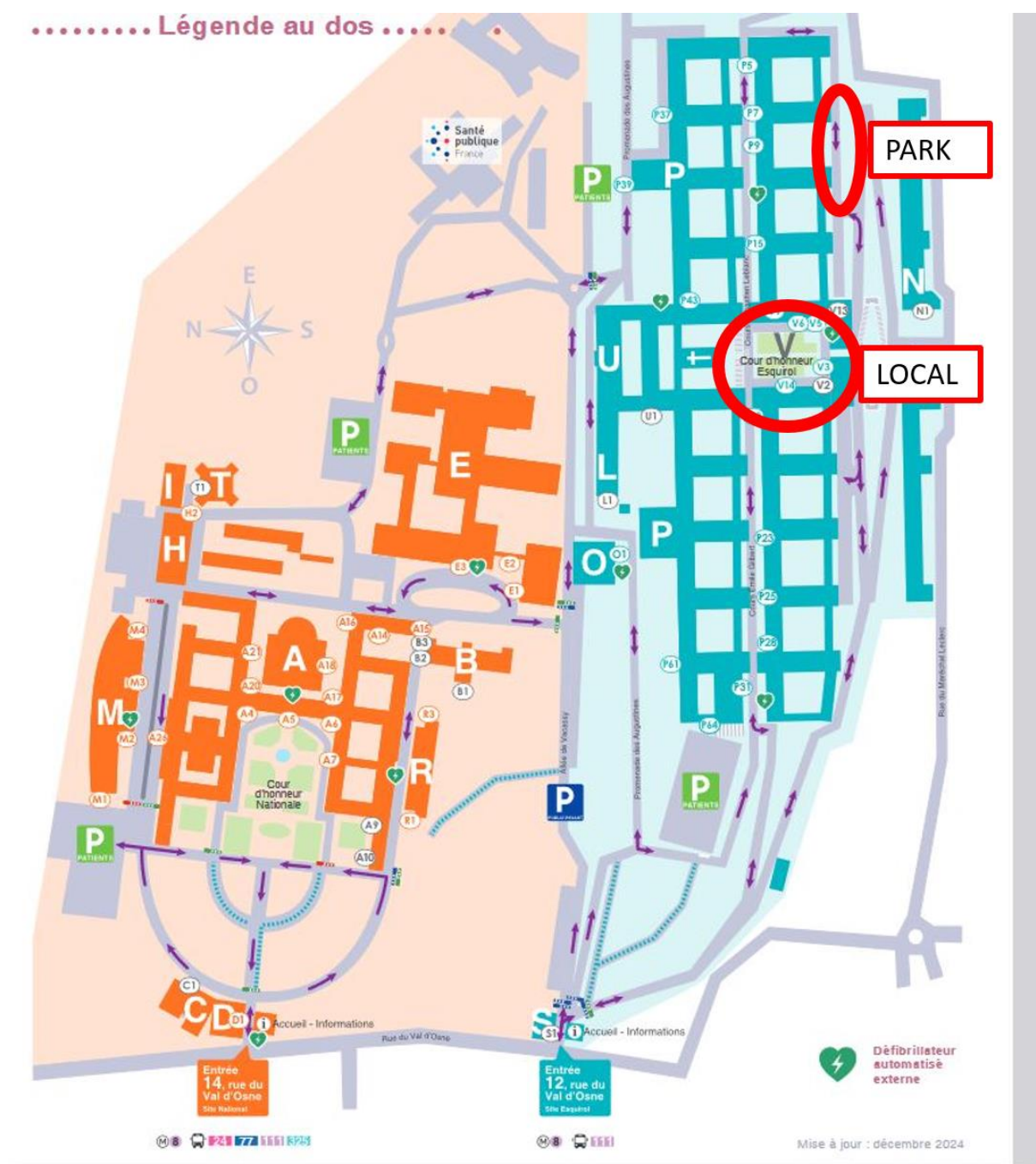
Face à cette impasse, nous avons pris la décision de passer à une option d'achat, avec l'idée de créer un espace pérenne pour l'ESSIP. Cependant, cette solution impliquait des travaux d'aménagement importants, notamment pour l'adaptation du local à notre activité mobile et pour l'installation d'équipements spécifiques. Le temps nécessaire pour réaliser ces travaux dépassait largement les quatre mois impartis pour le déploiement du projet, ce qui a rendu cette option non viable à court terme.

C'est alors qu'une rencontre décisive a eu lieu avec les hôpitaux de Saint-Maurice en février 2025. Cette réunion a permis d'explorer des pistes de partenariats potentiels, notamment en matière de synergies avec les établissements de santé locaux. Lors de cet échange, la direction de l'hôpital a formulé une proposition de location provisoire d'un espace adapté pour l'ESSIP. Cette solution transitoire a permis de répondre aux impératifs de délai tout en garantissant un cadre fonctionnel pour l'équipe, en attendant la mise en place de solutions plus permanentes.

Ainsi, l'option de location provisoire avec l'hôpital de Saint-Maurice a été retenue, offrant une solution rapide et temporaire pour accueillir l'équipe de l'ESSIP. Ce partenariat a été crucial pour garantir un démarrage opérationnel dans les délais impartis, tout en permettant à l'équipe de se concentrer sur la mise en œuvre du projet. La recherche de locaux permanents et l'acquisition du matériel nécessaire à l'activité, comme le véhicule et les équipements médicaux, ont continué de manière parallèle à ce développement.



Plan de l'ancienne médecine du travail de l'hôpital Saint Maurice : local choisi pour héberger l'équipe



Situation géographique du local dans l'hôpital, ainsi que l'emplacement de la place de parking pour le camping-car

5.2.2 Acquisition du Camping-Car : un choix réfléchi pour l'accueil et la relation thérapeutique

Nous avons fait le choix de l'acquisition d'un camping-car plutôt que d'opter pour un "médico-bus". Bien que les médico-bus présentent l'avantage d'offrir un cadre de travail plus simple pour les soignants, notamment en raison de leur aménagement plus fonctionnel et leur équipement dédié aux soins, ils véhiculent un modèle hospitalier traditionnel. Cette approche est souvent perçue comme impersonnelle, ce qui risquait de nuire à l'objectif premier de l'ESSIP : établir une relation de confiance avec des usagers en grande précarité, souvent réticents envers le système de soins.

Le camping-car, quant à lui, s'inscrit parfaitement dans cette logique d'accueil et de proximité. Son aménagement a été pensé pour offrir un cadre chaleureux et humain, loin des codes hospitaliers. Il permet non seulement de dispenser des soins, mais aussi d'établir un premier contact avec les usagers dans un environnement plus convivial et moins intimidant. Ce choix met en valeur l'aspect relationnel de l'accompagnement, en privilégiant un cadre de soins moins institutionnalisé et plus en phase avec les besoins des personnes vulnérables.

Bien que ce choix ait exigé un certain travail d'adaptation et de personnalisation du véhicule, notamment pour y installer le matériel médical nécessaire, il a permis de respecter l'essence même du projet : rendre le soin plus accessible tout en instaurant un climat de confiance.

Le camping-car, avec son aménagement spécifique, devient ainsi un véritable "outil de lien" entre l'équipe soignante et les usagers, tout en garantissant la qualité des soins dans une approche mobile, flexible et accueillante.



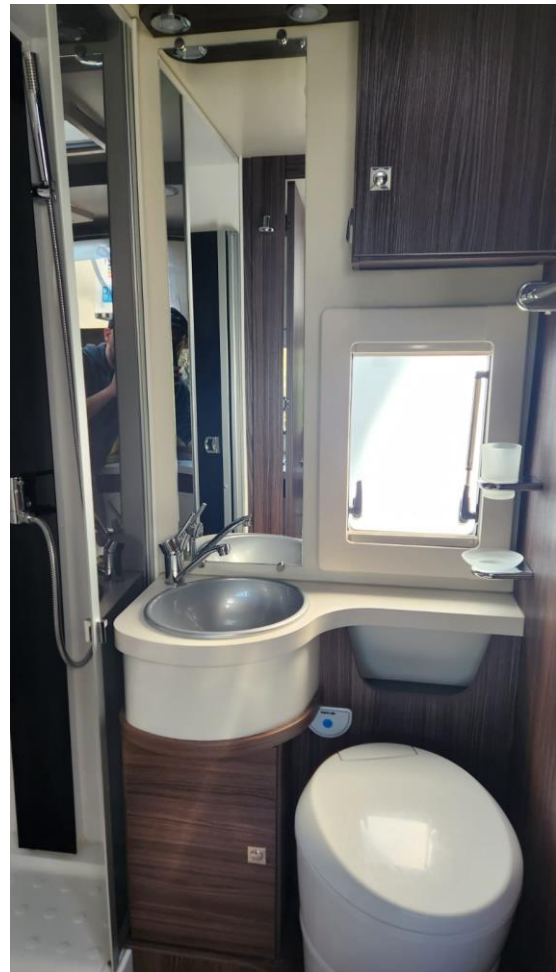
Modèle acquis pour l'ESSIP de la Fondation : Benimar Tessoro T481



Intérieur : la table est amovible ainsi que les deux sièges avant, permettant un passage d'un environnement de type accueil/entretien à un environnement soin technique



Espace infirmerie



Douche et sanitaires

5.2.3 Logistique et acquisition du matériel : aménagement et préparation pour le démarrage

Des ajustements techniques et pratiques ont été effectués pour assurer la bonne fonctionnalité du camping-car en tant qu'espace de soin mobile. Un des premiers défis a été de transformer l'espace initialement dédié à la cuisine du véhicule en une véritable salle de soins. Cette reconversion a nécessité une réflexion minutieuse pour garantir à la fois l'efficacité du travail des soignants et la sécurité des usagers (circuit propre et sale entre autre). Un défibrillateur et un extincteur adapté aux spécificités du camping-car ont été installés pour répondre aux exigences de sécurité, tout en prenant en compte les contraintes d'espace et de mobilité. Les affichages obligatoires ont été sélectionnés et adaptés à l'espace dont on disposait

Un autre aspect crucial a été l'installation d'équipements permettant une gestion optimale des soins : il a fallu concevoir un système pour maintenir la boîte à aiguilles stable et sécurisée, éviter tout risque de chute lors des déplacements du véhicule. Afin de garantir un suivi numérique des usagers, une tablette a été mise à disposition pour l'enregistrement des données dans le dossier usager, facilitant ainsi la gestion des soins à distance. De plus, un boîtier 5G a été intégré au véhicule pour permettre une connexion Internet fiable.

Concernant le local, la négociation avec l'Hôpital de Saint-Maurice a permis de bénéficier d'un prêt de matériel de bureau pour aménager l'espace administratif de manière fonctionnelle. Le local a été aménagé en conformité avec les normes de sécurité, y compris la mise en place de dispositifs de sécurité incendie adaptés et l'installation d'un verrou sécurisé pour l'infirmerie. Ces aménagements ont été réalisés dans le

respect des exigences réglementaires et des besoins pratiques pour assurer un environnement de travail optimal pour les soignants et un accueil sécurisé pour les usagers.

La gestion technique du camping-car a nécessité une attention particulière pour garantir son bon fonctionnement au quotidien. Plusieurs aspects ont dû être pris en compte, notamment la gestion de l'eau, des déchets, de l'alimentation électrique et des protocoles d'entretien.

Afin de faciliter les tâches quotidiennes des équipes soignantes, des fiches techniques détaillées ont été rédigées pour la gestion de l'eau (remplissage et entretien des réservoirs), la vidange des eaux grises et noires, la gestion de la charge électrique du véhicule ainsi que les différentes étapes à suivre au démarrage, à l'étape et en fin de service. Ces procédures ont été définies avec soin pour éviter tout risque de dysfonctionnement, tout en assurant un cadre de travail pratique et sécurisé pour les intervenants. La gestion de l'eau et des déchets étant cruciale pour le bon déroulement des interventions, un partenariat a été établi avec un camping à Champigny-sur-Marne, où les vidanges des eaux usées sont effectuées régulièrement. Ce partenariat garantit une gestion efficace des eaux grises et noires, contribuant ainsi à la propreté et à la sécurité du véhicule.

En outre, pour assurer le remplissage en eau propre et une alimentation électrique continue et sécurisée, l'Hôpital de Saint-Maurice a mis à disposition un tuyau d'eau ainsi qu'une prise électrique permettant de recharger les batteries du camping-car.

En plus de ces aménagements spécifiques, nous avons lancé une campagne de communication pour récolter des dons de vêtements par le biais du service communication de la Fondation. Cette initiative, inspirée par les retours des équipes mobiles précarité du département et de France, répond à un besoin crucial de fournir des vêtements de première nécessité aux usagers. L'objectif est de distribuer des vêtements adaptés, en particulier pour les changements nécessaires des usagers en grande précarité. Les vêtements récoltés seront directement distribués lors des interventions de l'ESSIP, contribuant ainsi à renforcer la dignité et le bien-être des usagers. Nous avons ainsi prévu un espace de stockage pour les vêtements dans le local à Saint Maurice ainsi que dans le camping-car.





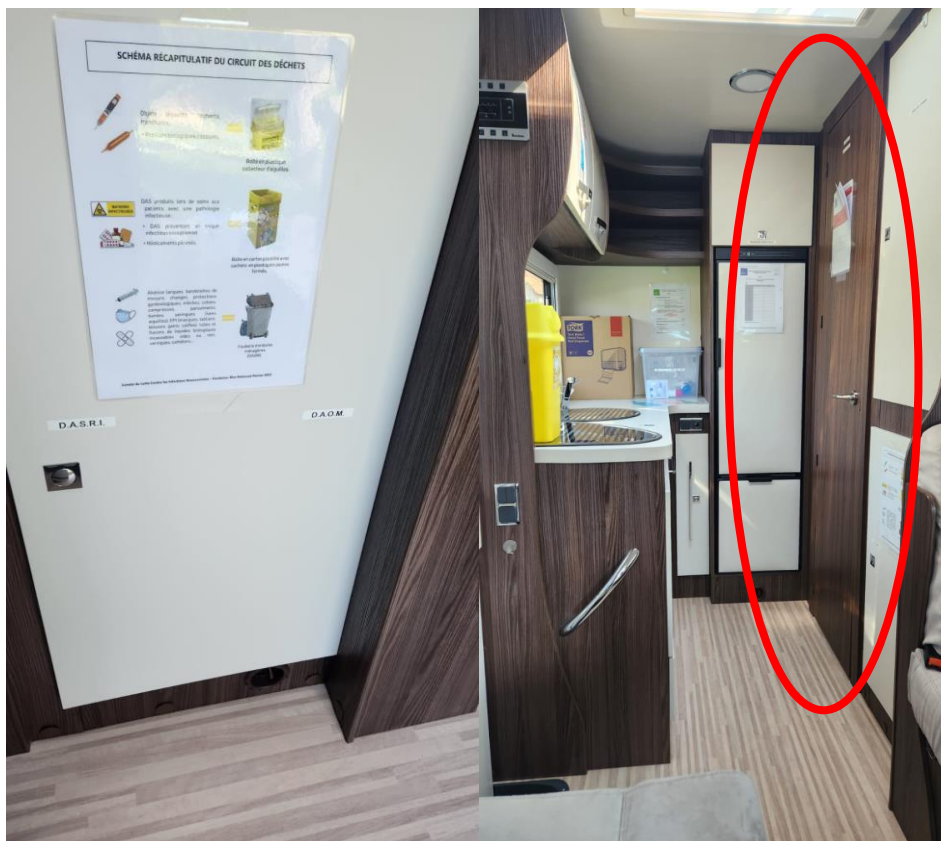
Etage à pharmacie



Placard dispositifs médicaux (aussi l'illustration de la nécessité de fixer les éléments ou d'investir dans des boîtes de rangement)



Affichage usager et professionnel avec un format adapté au véhicule



Circuit sale : le placard poubelle DASRI et DAOM s'ouvre aussi de l'extérieur afin d'évacuer les sacs en fin de service sans passage par l'intérieur du véhicule

5.3 La mise en lien avec les acteurs du territoire : le travail de partenariat et de conventionnement

Dès les premières étapes de la mise en place du projet, il est devenu évident que la réussite de cette initiative passait par la mise en place de partenariats solides et de liens étroits avec les acteurs locaux, notamment du fait que les textes législatifs demandent à faire intervenir les ESSIP sous prescription médicale, dans une équipe sans médecin.. La coordination et l'engagement des différentes structures du territoire étaient essentielles pour garantir une prise en charge cohérente, fluide et, surtout, adaptée aux besoins spécifiques du public suivi.

Les rencontres partenariales ont été effectuées avec ma copilote du projet, la DAF. Dès l'arrivée du chef de service de l'ESSIP, je l'ai accompagné dans la suite de la démarche de rencontre et de partenariat, dans une perspective de « tuilage ».

Ainsi, l'une de nos priorités a été d'établir des partenariats avec les acteurs déjà présents sur le terrain, à commencer par l'ESSIP du groupe SOS à Créteil. Cette collaboration nous a permis d'une part d'écouter leur expérience du public et du terrain (ils nous ont par exemple conseillé d'avoir un stock de vêtement de change pour chaque tournée, ce qui implique de créer un circuit de dons de vêtements ou de budgéter des achats de changes neufs) et d'autre part d'échanger sur nos territoires d'intervention ainsi que sur les synergies possible entre nos équipes (action collective pour les mises à l'abri, ou les vaccinations).

Le SIAO 94 a également joué un rôle clé, en tant qu'interlocuteur privilégié pour échanger sur les orientations et les parcours. Afin de permettre une montée en charge progressive, nous avons décidé avec le chef de service de l'ESSIP de délimiter un territoire d'intervention proche du « QG » de l'équipe à Saint Maurice, notamment du fait de l'habitation à la conduite du camping-car. De ce fait, nous avons ciblé plusieurs CHU autour du secteur, notamment le CHU La Terrasse qui accompagne des personnes vivant dans le Bois de Vincennes. Une convention a été signée.

Nous avons pris soin de travailler en étroite collaboration avec Betty Nou, coordinatrice des équipes mobiles du Val-de-Marne, afin d'harmoniser nos interventions et garantir une prise en charge optimale des usagers. Nos échanges réguliers ont été précieux pour ajuster nos actions en fonction des réalités du terrain. Ses conseils nous ont permis d'élaborer de nombreux outils, dont la dossier de demande de suivi, qu'elle a proposé d'uniformiser pour l'ensemble des équipes mobiles du département afin de faciliter les demandes et fluidifier les parcours.

Des rencontres avec le PASS Henri Mondor ont permis de nous présenter et de renforcer la continuité des soins, en particulier pour les personnes sans solution de soin en sortie de prise en charge, et sans droits sociaux.

Je n'ai pas négligé l'importance des partenariats avec les autorités locales, acteurs clés de la politique de santé sur les territoires, et c'est dans cet esprit que nous avons rencontré les équipes de la Mairie de Créteil, Champigny et Orly, afin de leur présenter la Fondation et de réfléchir à des synergies. Ces échanges ont permis de mieux comprendre les priorités de santé publique locales et de définir des actions concertées pour faciliter l'accès aux soins des populations précaires de ces communes. Il m'a semblé fondamental de rendre notre projet ESSIP visible et intégré dans le tissu local, pour que chacun se sente acteur de cette dynamique de soin. La rencontre avec la mairie de Champigny est particulièrement prometteuse : de nombreuses actions de santé publique sont coordonnées par la collectivité et rassemblent de nombreux acteurs de l'économie sociale et solidaire. Nous espérons pouvoir nous inscrire, avec eux, dans cette dynamique.

En parallèle, nous avons créé des liens avec le CLSM de Saint-Maurice et les hôpitaux de Saint-Maurice, avec lesquels nous avons collaboré pour assurer une orientation fluide des usagers vers les structures spécialisées en addictologie du GHT.

Ci-dessous, l'état des conventionnements, en date du mois d'avril 2025 :

Type de structure	Modalité opérationnelle des collaborations	État d'avancement de la collaboration en mai 2025
Dispositif d'appui à la coordination DAC - DAC 94 Est et Ouest	Accompagnement psycho-médico-social / aide pour médecin traitant	Convention signée
Municipalités	Accroche vers les soins, clarification de la situation médicale, distribution de médicament et coordination des soins	Signée avec municipalité de Créteil, Champigny et Orly
Hébergement d'urgence	Accroche aux soins et coordination	Convention signée, à poursuivre
Structures relevant du droit d'asile	Accroche aux soins, distribution du traitement, accompagnement aux rendez-vous médicaux, pansements, coordination	Rencontre à prévoir
Equipes mobiles sécur 27 (LHSS, EMPRE)	Coordination des accompagnements	Rencontre en COPIL, convention à signer
SIAO 94 / Samu social Croix Rouge	Coordination des soins, participation aux instances	Convention signée
Structures sanitaires, de santé mentale et d'aide contre les addictions, PASS	Interlocuteurs privilégiés, adresseurs si besoin	Convention signée avec Henri Mondor
ESSIP SOS	Interlocuteur privilégié	Echange sur le fonctionnement et les besoins identifiés. Convention de partenariat à réfléchir pour avoir un effet de synergie sur la réponse apportée aux besoins
Coordinatrice des équipes mobiles 94 – Mme Betty Nou	Interlocuteur privilégié	Convention intégrée dans sa fiche de poste

6. La visite de conformité ARS : étape clé pour démarrer l'activité

La visite de conformité s'est déroulée le 17 avril 2025, en présence de l'ARS, des deux chefs de projets (DAF et moi-même), et du chef de service de l'ESSIP.

En raison de contraintes liées à l'aménagement des locaux sur le site de Saint Maurice, et afin de respecter le délai de 4 mois pour le lancement de l'équipe, nous avons proposé une visite de conformité plutôt innovante à l'ARS : venir sur le parking de la direction départementale du 94 pour effectuer cette visite avec le camping-car.

Au début perplexe, nos interlocuteurs ARS ont finalement accepté cette modalité, si toutefois le véhicule était entièrement opérationnel pour l'activité et sécurisé pour les professionnels.



Le camping-car garé sur le parking de la DD94 pour la visite de conformité. De nombreuses personnes sont descendues des bureaux pour le visiter.

Cette visite s'est déroulée en deux temps :

- conformité des documents demandés (Règlement de fonctionnement, projet de service, protocoles de soin et d'urgence, budget révisé, circuit médicament, document individuel d'accompagnement et projet personnalisé, convention, plan de financement.
- la visite du camping-car et la présentation des équipements.

Le dialogue avec l'ARS a été particulièrement constructif, marqué par un véritable intérêt pour le projet et son caractère innovant. Nous étions venus avec quelques demandes de financement non reconductibles, notamment pour le flochage du véhicule, et à notre grande surprise, ils nous ont non seulement accordé ce que nous avions prévu, mais ont également suggéré des financements supplémentaires pour des besoins que nous n'avions même pas anticipés !

Quelques demandes d'ajustement nous ont tout de même été demandés, notamment sur des protocoles de conduite à tenir pour un usager absent, avec un syndrome de Diogène, ou en cas de refus de soin.

7. Démarrage de l'activité : le temps du bilan pour le projet et des premières interventions.

Le passage au démarrage de l'activité du projet ESSIP représente un tournant important et attendu, non seulement pour l'équipe mais aussi pour moi en tant que chef de projet. Une fois la phase de lancement terminée, il est crucial de prendre un moment pour faire le bilan de ce que nous avons accompli avant de laisser place aux interventions sur le terrain et aux ajustements nécessaires.

En tant que co-chef de projet, ma fonction a été de piloter l'ensemble des étapes de la mise en œuvre jusqu'au démarrage de l'activité. Une fois l'activité lancée, mon rôle revient à mes missions de soutien stratégique et opérationnel dans le service de coordination des soins. Toutefois, il est important de souligner qu'au-delà de mon implication initiale, je n'ai pas de lien hiérarchique avec l'équipe, et la gestion quotidienne de l'activité relève désormais du chef de service. Il n'y a donc plus de responsabilité directe pour superviser l'activité ou en vérifier l'évolution, mon rôle s'est recentré sur l'accompagnement du projet à une échelle plus large, assurant ainsi la continuité de la dynamique projet.

Mon évaluation se porte essentiellement sur la conduite du projet jusqu'à son démarrage effectif, en prenant en compte les indicateurs de suivi de la gestion de projet que nous avons mis en place. Cela inclut le respect des délais, la gestion des ressources humaines, le respect du budget et la mise en place des éléments logistiques clés, notamment le camping-car et les aménagements nécessaires. L'analyse de ces indicateurs me permet de mesurer la cohérence de la mise en œuvre par rapport aux prévisions et d'ajuster les actions à venir si nécessaire, ils sont décrits ci – après :

Suivi de la mise en place des équipes

Indicateur : ETP recrutés et ETP restant à recruter

Description : Suivi du recrutement des équipes nécessaires à la mise en œuvre de l'ESSIP, et évaluation des besoins restants.

Attendu : équipe complète au démarrage

Réel : Il manque à ce jour 2 ETP (un IDE, un aide-soignant)

Conformité des ressources matérielles

Indicateur : Date de conformité du camping-car

Description : Vérification de la conformité du véhicule, essentielle pour assurer que le projet démarre dans les meilleures conditions.

Attendu : Ressources en conformité

Réel : objectif atteint

Suivi du budget

Indicateur : Écart entre le budget prévisionnel et les dépenses réelles

Description : Mesure des écarts entre les prévisions budgétaires et les dépenses réelles.

Attendu : 100% respect du budget

Réel : Budget respect et crédit non reconductible ajouté

Avancement du plan de formation

Indicateur : Heures de formation dispensées aux équipes

Description : Suivi des heures de formation pour s'assurer que les équipes sont adéquatement formées, particulièrement dans des domaines spécifiques comme les pathologies psychiatriques, l'accompagnement des publics précaires etc.

Attendu : 100% de suivi

Réel : formations non démarrées

Délais d'implémentation

Indicateur : Respect des délais de démarrage opérationnel (4 mois)

Description : Suivi du respect des délais du projet par rapport au calendrier prévisionnel

Attendu : Délai respect

Réel : Délai respecté en négociant une visite de conformité du véhicule, sans le local.

Communication avec les partenaires externes

Indicateur : Partenariats signés

Description : Nombre de conventions signées avec les partenaires externes (SIAO, DAC, structures d'hébergement, etc.).

Attendu au démarrage, au moins une convention avec centre d'hébergement d'urgence et une PASS

Réel : Objectif atteint, nombre de convention supérieure à l'attendu

Évaluation continue de la satisfaction des usagers et de l'équipe

Indicateur : Retours sur les premières semaines d'activités

Description : Enquête de satisfaction collectée pour évaluer la satisfaction des usagers et des équipes.

Attendu : 100% des fins d'accompagnement d'utilisateur associé à un questionnaire de satisfaction

Réel : Pas d'utilisateur suivis à date.

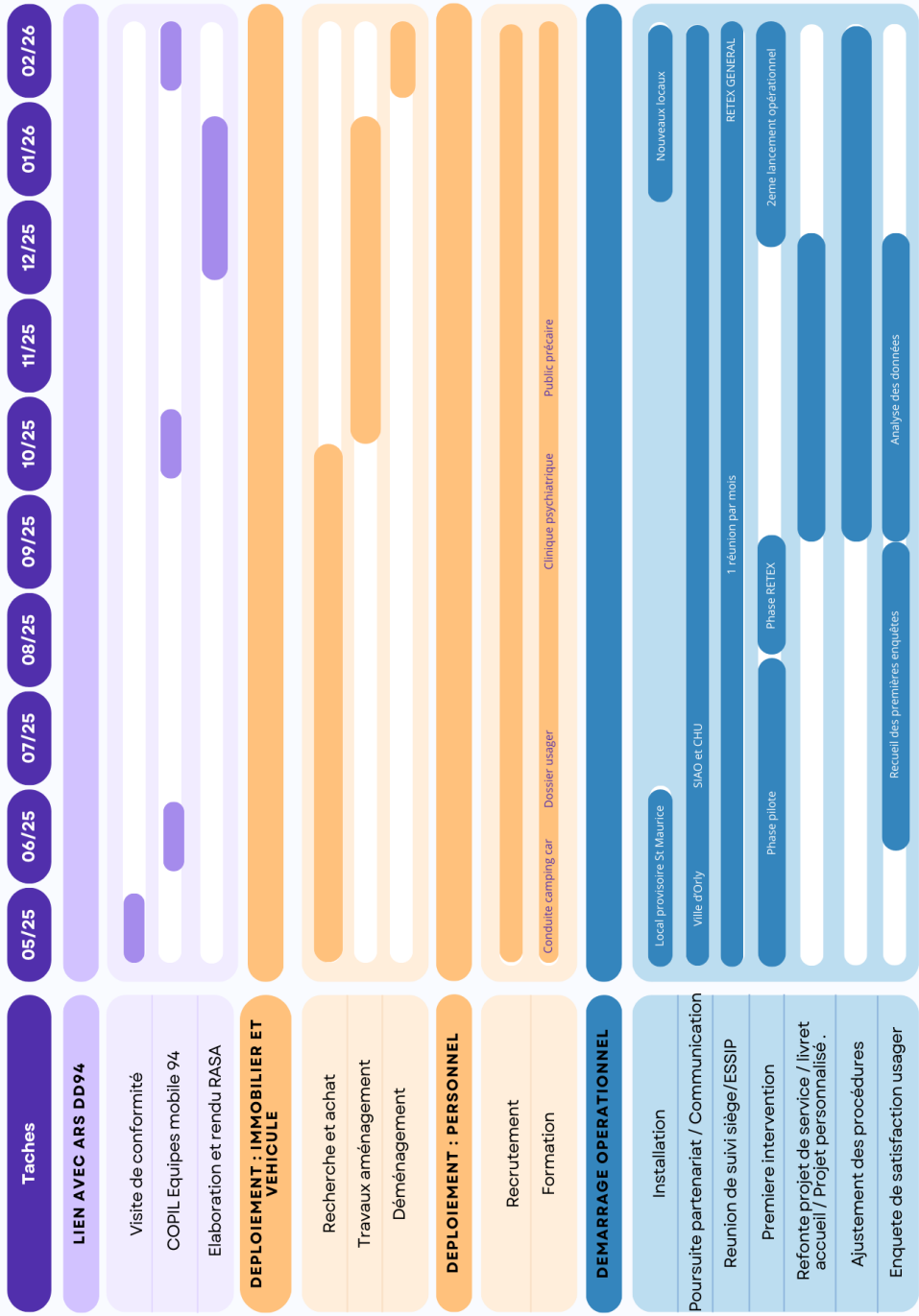
Le deuxième diagramme de Gantt, présenté ci-dessous, démarre à partir de la visite de conformité du camping-car, et reprend plusieurs éléments du premier Gantt, car certains aspects de la gestion de projet continuent, notamment l'achat du local. Les recrutements également doivent se poursuivre, puisque l'équipe, bien que partiellement constituée, n'est pas encore complète. L'objectif est de compléter l'équipe, avec notamment l'intégration d'un infirmier et aide-soignant supplémentaire, afin d'assurer la pleine capacité d'intervention de l'ESSIP.

Le reste du Gantt couvre les étapes classiques du déploiement opérationnel d'un projet de cette envergure. Nous retrouvons des actions telles que l'installation de l'équipe, les premières interventions, la refonte du projet de service, la mise à jour des outils réglementaires (notamment ceux relatifs à la loi), ainsi que les rencontres avec nos partenaires locaux pour garantir une coopération étroite et pérenne. L'enquête de satisfaction sera également lancée pour recueillir les retours des usagers et des équipes, permettant ainsi d'ajuster les services et de renforcer la qualité de l'accompagnement. De même, la préparation et la transmission du RASA (Rapport Annuel de Suivi de l'Activité) à l'ARS, prévu en fin d'année, se feront conformément à l'article R314-50 du code de l'action sociale et des familles. Ce document permettra à l'ARS de suivre l'évolution du projet et d'évaluer son efficacité.

Enfin, bien que mon rôle dans le projet ait évolué, il reste essentiel que je supervise la phase de retour d'expérience (Retex) après les premières interventions. Cette phase de bilan et d'analyse des premières actions menées sur le terrain me permettra d'en tirer de riches enseignements et d'accompagner l'équipe dans une deuxième phase opérationnelle, où de nouveaux défis et ajustements pourraient surgir. Le but est de maintenir une dynamique agile et réactive, en s'appuyant sur une gestion collaborative pour continuer à faire évoluer l'ESSIP en fonction des besoins du terrain.

GANTT PROJET ESSIP

MENSUEL



8. Et si c'était à refaire ?

Cette dernière partie est l'occasion de porter un regard réflexif sur l'ensemble du projet ESSIP. Au-delà de la gestion de projet à proprement parler, j'y interroge aussi ma manière d'exercer le management, en tant que cadre supérieur. C'est un retour sur ce que j'ai appris, ce que j'aurais aimé mieux anticiper, mais aussi sur les choix que j'ai faits, parfois porté par mes intuitions et mes convictions, parfois dictés par les contraintes du réel. Cette réflexion est donc à la fois technique et personnelle, parce qu'un projet de cette nature engage autant les compétences que la posture. J'ai tenté d'y faire vivre une certaine idée du travail en équipe, de l'autonomie et de la responsabilité partagée, dans un environnement à la fois institutionnellement cadré et humainement mouvant. Il faut aussi rappeler que le projet portait en lui-même une part de risque assumée. D'abord parce que rien ne garantissait son acceptation par l'ARS, face à des opérateurs mieux établis. Ensuite, parce que nous avons fait le choix d'une réponse innovante, alliant un modèle d'équipe mobile, des horaires étendus, une approche globale de la santé, et un véhicule atypique aménagé, un pari encore peu éprouvé dans ce secteur. Enfin, parce que nous nous sommes engagés à le mettre en œuvre en quatre mois, un délai ambitieux au regard des nombreuses inconnues logistiques, humaines et financières à résoudre. Ce chapitre revient donc sur les leçons tirées de cette course contre la montre, sur les limites du management participatif en contexte contraint, et sur ce que je ferais peut-être fait différemment, si c'était à refaire.

8.1 Prioriser dès le départ les fondamentaux du projet

Le déploiement de l'ESSIP a été marqué par un engagement fort de l'équipe projet, un esprit de co-construction, et une grande capacité d'adaptation. Il y a eu un véritable soutien institutionnel de différents acteurs. Mais avec le recul, certaines dimensions auraient pu être mieux anticipées. En particulier, la question des locaux.

Le choix initial de prioriser l'achat du camping-car et le recrutement d'une équipe minimale a permis une réponse rapide et flexible auprès des tutelles. Mais des problématiques logistiques ont émergé : difficulté de stationnement, difficultés à trouver un local de taille adapté pour une petite équipe et un espace proche pour la gestion du camping-car... Avec le recul, la recherche d'un terrain ou d'un local aurait dû être une priorité, intégrée dès la phase de cadrage. Cela aurait évité un certain nombre de réajustements et de tensions opérationnelles.

Par ailleurs, je mesure bien que je ne disposais pas encore de toutes les compétences pour poser les bonnes questions en amont, notamment sur les dimensions techniques, immobilières et réglementaires. Ce manque d'expérience a pesé sur la gestion du temps et des priorités.

8.2 Un management participatif... parfois un peu « bazar »

L'un des grands plaisirs de ce projet a été de pouvoir expérimenter une forme de management collaboratif, centrée sur l'écoute, la co-construction, et la confiance dans les savoirs de chacun. Ce mode de fonctionnement m'a semblé particulièrement adapté au public visé – des personnes en grande précarité – et à la logique d'équipe mobile, qui nécessite souplesse, autonomie, et engagement.

Mais ce choix a aussi ses limites. À plusieurs reprises, j'ai eu le sentiment que cette organisation ressemblait un peu à un "bazar", au sens d'un foisonnement d'initiatives, parfois au détriment de la clarté ou de la stabilité des repères. C'est ici que ma lecture de l'essai d'Eric S. Raymond, *La Cathédrale et le Bazar* (1999)³⁴, m'a paru éclairant : Raymond y compare deux styles d'organisation : le **modèle cathédrale**, centralisé, hiérarchique, rigide et le **modèle bazar**, ouvert, collaboratif, fluide.

³⁴ Raymond, E. S. (1999). *The Cathedral and the Bazaar: Musings on Linux and Open Source by an Accidental Revolutionary*. O'Reilly Media

Le bazar peut sembler chaotique, mais il est souvent plus efficace pour produire des solutions innovantes, à condition que certains principes partagés encadrent les contributions. Ce modèle me semble avoir spontanément émergé dans le projet ESSIP – ce qui en dit long sur les dynamiques internes à l'équipe et leur capacité d'innovation. Et il correspond à ma manière de me positionner comme cadre : pas comme un contrôleur, mais comme un facilitateur d'intelligence collective.

8.3 Donner une place à l'action, au jugement, et à la responsabilité

Pour mieux comprendre les bénéfices et les limites de cette posture collaborative, le recours à Hannah Arendt m'est apparu naturellement. Dans *La Condition de l'homme moderne*, Arendt valorise l'action comme forme de liberté, mais surtout comme capacité à agir avec les autres, en assumant une pluralité de points de vue. Le management participatif, lorsqu'il favorise la prise d'initiative, s'inscrit dans cette logique : « *Être libre et agir ne font qu'un.* »³⁵. Mais cela suppose aussi un environnement où la responsabilité individuelle peut s'exercer pleinement. Dans *Eichmann à Jérusalem*, Arendt alerte sur les dangers d'une organisation où les individus cessent de penser et se contentent d'obéir. La « banalité du mal » ne vient pas de la monstruosité, mais de l'absence de jugement : « *Ce n'est pas la connaissance du bien ou du mal qui manque, mais la capacité à juger.* »³⁶

J'ai voulu, dans ce projet, laisser cette marge de jugement aux membres de l'équipe. Mais cela a parfois créé des tensions autour de la notion d'autorité : **qui décide ? À quel moment ? Et selon quels critères ?** C'est là qu'apparaît l'un des risques du management participatif : en l'absence d'un cadre organisationnel suffisamment clair, la responsabilité peut se diluer, l'arbitrage devenir flou, et l'efficacité en pâtir.

8.4 L'art de structurer la collaboration

Une piste d'inspiration pour dépasser cette tension m'est venue de la gouvernance de Wikipédia, cette encyclopédie collaborative qui, je l'avoue, m'a longtemps laissé sceptique quant à la possibilité pour chacun d'y contribuer librement sans que cela ne dérive en un champ de bataille numérique entre vérités et contre-vérités. Le projet a démarré sur un modèle ultra-collaboratif, souvent critiqué pour son manque de rigueur ou ses conflits internes. Mais progressivement, la plateforme a su mettre en place une structure hybride, avec des rôles (administrateurs, modérateurs et arbitres qui sont élus) des règles de contribution, des mécanismes de régulation. D'après Dariusz Jemielniak dans *Common Knowledge?* (2014), Wikipédia est devenue une organisation capable de conjuguer : ouverture (tout le monde peut contribuer), régulation (tout ne peut pas être écrit) et responsabilité (les contributeurs doivent répondre leurs participations écrites) : « *Wikipédia est une communauté de dissensus où la possibilité de positions légitimes d'autorité est rejetée* »³⁷.

C'est sans doute ce type d'équilibre entre liberté et cadre que j'aurais aimé davantage travailler dans la gestion de projet pour l'ESSIP. Mais la pression du quotidien, les délais imposés, et mon propre positionnement encore en construction m'ont souvent ramené à une posture plus opérationnelle qu'analytique. À cela s'ajoute un autre facteur important : l'organisation de la Fondation elle-même, qui ne dépend pas de moi et repose sur un fonctionnement déjà structuré. Ce cadre institutionnel préexistant s'est parfois heurté à ma volonté d'instaurer un management plus collaboratif, notamment dans les espaces de décision ou dans la manière de distribuer la responsabilité. Il ne s'agissait pas d'un rejet, mais d'un décalage entre une culture managériale en place et un projet où j'ai voulu amené un management différent.

Ce retour critique ne remet pas en cause l'engagement fort de chacun, ni les résultats déjà visibles du projet ESSIP. Cependant il éclaire les défis d'un management réellement participatif dans une organisation de santé : comment articuler liberté d'agir, cadre structurant, et exigence des missions de service public ?

³⁵ Arendt, H. (1983). *La condition de l'homme moderne* (G. Fradier, Trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1958)

³⁶ Arendt, H. (2006). *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal* (J.-L. Bourget & A. Bernard, Trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1963)

³⁷ Jemielniak, D. (2014). *Common knowledge? An ethnography of Wikipedia*. Stanford University Press.

CONCLUSION

Ce mémoire retrace une expérience de terrain exigeante, stimulante, et profondément formatrice : celle du déploiement d'une ESSIP dans un contexte institutionnel, humain et logistique complexe. Au fil des mois, il a fallu anticiper, improviser, coordonner, négocier, autant d'exercices qui relèvent de la gestion de projet, mais qui engagent aussi la posture, les convictions et les limites du professionnel que je deviens.

Sur le plan méthodologique, cette aventure m'a permis de comprendre à quel point la rigueur du pilotage (budgets, plannings, indicateurs, conformité réglementaire) est essentielle, mais ne suffit pas. Car un projet qui s'adresse aux plus vulnérables ne peut se contenter d'une bonne organisation : il exige du sens, de l'engagement collectif et une capacité à s'adapter en permanence. C'est là que la dimension managériale prend tout son sens.

Sur le plan personnel, j'ai voulu porter une manière d'être chef de projet fondée sur la coopération, la confiance dans les équipes, et la reconnaissance des intelligences plurielles. J'ai parfois rencontré les limites de cette approche dans une organisation déjà structurée, avec ses logiques propres, ses résistances implicites et ses contraintes administratives. Mais ces limites m'ont davantage conforté dans l'idée qu'il est possible (voire nécessaire pour moi) de faire vivre, même modestement, un management du care, de la parole et de la responsabilité partagée.

Ce mémoire est donc aussi une étape de transition : celle d'un professionnel qui, en s'appropriant les outils du pilotage stratégique, ne veut pas renoncer à la part humaine du soin, à la singularité des parcours, à la force des engagements collectifs ni à l'éthique qui préside à nos choix.

À l'heure où les organisations médico-sociales cherchent à se réinventer face aux défis sociaux, sanitaires et humains contemporains, j'ai le souhait que les projets de demain puissent concilier exigence de gestion et éthique de la relation, dans un espace de pensée et d'action où chaque acteur, usager comme professionnel, trouve pleinement une place.

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

- Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.
- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, code de l'action sociale et de la famille.
- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Arrêté du 27 juin 2024 fixant le montant du financement exceptionnel de l'État pour la prise en charge des mineurs non accompagnés confiés à l'aide sociale à l'enfance sur décision de justice et pris en charge au 31 décembre 2023. [En ligne]
https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-10/Tableau_mna_1.pdf

Ouvrage de référence et théories

- Arendt, Hannah. *La condition de l'homme moderne*. Traduction de G. Fradier. 1983. Paris. Gallimard. 389 p. (Folio essais).
- Arendt, Hannah. *Eichmann à Jérusalem : Rapport sur la banalité du mal*. Traduction de J.-L. Bourget et A. Bernard. 2006. Paris. Gallimard. 478 p.
- Watson, Jean. *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. 1998. Paris. Seli Arslan. 281 p.
- Raymond, Eric S. *The Cathedral and the Bazaar : Musings on Linux and Open Source by an Accidental Revolutionary*. 1re éd. 1999. Sebastopol, CA. O'Reilly Media. 241 p.
- Jemielniak, Dariusz. *Common knowledge? An ethnography of Wikipedia*. 2014. Stanford. Stanford University Press. 308 p.

Articles scientifiques : clinique, précarité, transculturel

- Topley, Marjorie. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices*. Madeleine Leininger [compte rendu]. In : *American Anthropologist*. 1980. Vol. 82, n° 1. p. 147-148.
<https://doi.org/10.1525/aa.1980.82.1.02a00310>.
- Moro, Marie Rose. *Psychopathologie transculturelle des enfants de migrants*. In : *La psychiatrie de l'enfant*. 2015. Vol. 58, n° 2. p. 595-617.
- Furtos, Jean. *Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale*. In : *Mental'idées*. 2007. n° 11. p. 24-33.
- Younan, Léo. *Gare à toi si je crois te connaître : Penser la clinique de la précarité avec les outils de la clinique transculturelle*. In : *Vie sociale et traitements*. 2024. n° 161(1). p. 101-107.
<https://doi.org/10.3917/vst.161.0101>.
- Przewlocka-Alves, Agnès. Boussard-Lalauze, Marie. *Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien*. In : *Le Coq-héron*. 2011. n° 206(3). p. 123-129. <https://doi.org/10.3917/cohe.206.0123>.
- Rohrbach Viadas, Claude. *Soins et anthropologie. Une démarche réflexive*. In : *Recherche en soins infirmiers*. 2007. n° 90(3). p. 19-25. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0019>.

Aller-vers, santé publique et déterminants sociaux

- Avenel, Céline. *L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits*. In : *La santé en action*. 2021. n° 458 (décembre).

- Santé Publique France. *Le logement, déterminant majeur de la santé des populations*. In : *La santé en action*. 2021. n° 457 (septembre). <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-logement-determinant-majeur-de-la-sante-des-populations>.
- Organisation mondiale de la santé. *Logement et santé : un cadre d'action pour promouvoir la santé et réduire les inégalités*. 2018. Genève. OMS. 76 p. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279601/WHO-CED-PHE-18.10-fre.pdf>.
- Santé publique France. *Santé publique et inégalités d'accès aux soins*. In : *Revue Santé Publique*. 2023. Vol. 2, n° 171. <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2023-2-page-171?lang=fr>.

Rapports et documents institutionnels

- Médecins du Monde. *Étude : Droits et soins des personnes en situation de précarité à Metz*. 2024. Paris. Médecins du Monde. https://www.medecinsdumonde.org/app/uploads/2024/05/Etude-Droits_Soins_Precaires_Metz-Parie-1-France-FR.pdf.
- Haute Autorité de Santé. *LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours*. 2020. Paris. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/argumentaire_lhss_lam_act_08122020.pdf.
- Haute Autorité de Santé. *Grande précarité et troubles psychiques : Recommandations*. 2024. Paris. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_precaire_troubles_psy_recommandations_2024-01-17_15-53-28_792.pdf.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. *Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)*. 2021. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass-432636>.
- Fédération Hospitalière de France. *Cahier technique sur le management participatif et collaboratif*. 2023. Paris. Fédération Hospitalière de France.
- Groupe SOS. *Rapport intégré*. 2023.
- Croix-Rouge française. *Rapport d'activité SLAO 94*. 2023.

Territoires, management et organisation

- Auffret, Marie. *Le cadre de l'équipe mobile : espaces paradoxaux*. In : *Éthique et management du soin et de l'accompagnement*. 2016. Paris. Dunod. p. 163-196. <https://doi.org/10.3917/dunod.casag.2016.01.0163>.
- Frimousse, Sébastien. Peretti, Jean-Marie. *Intégrer la dimension territoriale dans l'action managériale*. In : *Question(s) de management*. 2021. n° 33(3). p. 89-134. <https://doi.org/10.3917/qdm.213.0089>.
- Pesqueux, Yannick. *Le territoire comme nouvelle frontière des organisations*. Mémoire de Master. 2020. France. HAL-SHS. fhalshs-02943375f.
- Piccoli, Valentina. *La traduction automatique*. In : Piccoli, V., Traverso, V., Chambon, N. (dir.). *L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. 2023. Paris. Presses de Rhizome. p. 241-254. <https://doi.org/10.3917/chlv.picco.2023.01.0241>.
- Atelier Parisien d'Urbanisme. *Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris : Offre de soins, recours aux soins et actions en santé publique – Synthèse*. 2023. Paris. APUR. <https://www.apur.org>.

Gestion de projet

- Marchat, Hervé. *Le kit du chef de projet*. 1re éd. 2020. Paris. Eyrolles. 236 p.
- Collignon, André. Schöpfel, Joachim. *Méthodologie de gestion agile d'un projet. Scrum – les principes de base*. In : *I2D - Information, données & documents*. 2016. Vol. 53, n° 2. p. 12-15. <https://doi.org/10.3917/i2d.162.0012>.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Extrait du projet stratégique de la Fondation dans lequel s'inscrit l'ESSIP

Annexe 2 : Arrêté 2024-4 de l'ARS Île-de-France portant autorisation de la création de l'ESSIP par la Fondation l'Elan Retrouvé

Annexe 3 : Partie budget du projet

Annexe 4 : Les fiches de postes pour l'ESSIP

Annexe 5 : fiche de signalement pour les équipes mobiles mesure 27 du 94

Annexe 6 : le document individuel de prise en charge et le projet personnalisé

Annexe 7 : Fiche technique pour l'utilisation du camping-car (exemple)

Annexe 8 : Deux exemples de convention

OFFRE DE PARCOURS

LA FONDATION ACCOMPAGNATRICE
DES PARCOURS DE VIE
DES PERSONNES

→ 5

L'enjeu pour la Fondation est de se donner le « pouvoir d'agir » avec les personnes qu'elle accompagne pour faire advenir une société inclusive, de changer le regard de la société sur les personnes accueillies et, en miroir, sur les professionnels. Afin de favoriser l'inclusion des personnes handicapées, les aidants doivent être soutenus par des dispositifs d'accompagnement et de possibilité de répit.

Dès l'origine, les fondateurs de l'Élan Retrouvé, le Professeur Sivadon et Mme Baumé, se sont positionnés comme soutien de la réhabilitation et de la réinsertion des personnes handicapées. Près d'un siècle après, la question du travail interroge toujours. Avoir un handicap ne devrait pas empêcher d'accéder au milieu professionnel qu'il soit accompagné ou non : cet enjeu est toujours bien présent.

Par ailleurs, depuis 2008 où elle a intégré des établissements de pédopsychiatrie, la Fondation est amenée à s'impliquer dans les problématiques des jeunes publics y compris en périnatalité.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

*Pour répondre aux enjeux repérés,
trois axes sont retenus :*

- adapter l'offre d'accompagnement aux besoins et attentes des publics et de leur entourage (plateformes de services, équipes mobiles, logement autonome, soutien à l'employabilité,...) ;
- poursuivre la politique de coordination des soins et des accompagnements ;
- renforcer la collaboration entre les services et établissements de la Fondation.

Les actions à mener pour les cinq années à venir :

> ACTION 1.

POURSUIVRE LA MISE EN PLACE DES ESPACES DE RÉFLEXION COLLECTIVE

Il s'agit de renforcer la politique de coordination des soins et des accompagnements et de promouvoir des propositions innovantes : les infirmiers de pratiques avancées, la recherche clinique et organisationnelle en soins, notamment infirmiers, la création d'espaces de rencontre et de partages entre professionnels.

> ACTION 2.

RÉACTIVER LA TRANSVERSALITÉ DES PÔLES

Il s'agit de favoriser le partage et les échanges entre professionnels, le soutien et la coordination des parcours, le développement des réseaux de soins et d'accompagnement pour les patients et usagers.

> ACTION 3.

SOUTENIR LE TRAVAIL EN RÉSEAU DE NOS ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Il s'agit d'appréhender les problématiques de prise en charge et d'accompagnement d'un point de vue psychiatrique mais aussi somatique et social dans tous les établissements et services de la Fondation.

> ACTION 4.

DÉVELOPPER DES ÉQUIPES MOBILES

Il s'agit de mettre en place des équipes mobiles qui, dans une démarche « d'aller vers », se rendront à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie ou professionnel pour réaliser les accompagnements et les prises en charge.

> ACTION 5.

ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX DISPOSITIFS D'ACCUEIL SUR LA PÉRINATALITÉ, SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Il s'agit de poursuivre et d'amplifier l'implication de la Fondation dans le domaine de la périnatalité à la suite de la création, par celle-ci, des Lits Halte Soins Santé périnatalité et de développer des structures sanitaires et médico-sociales accompagnant les enfants et adolescents.



AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° 2024 - 45

portant autorisation de création d'une « Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers » (ESSIP) de 25 places dans le département du Val-de-Marne, gérée par la Fondation l'Élan Retrouvé

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

- VU le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 314-3-3, L. 314-7, L. 314-8, R. 314-1 et suivants ;
- VU le code de la santé publique ;
- VU le code de la sécurité sociale ;
- VU le décret du 10 avril 2024 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN en qualité de Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France à compter du 29 avril 2024 ;
- VU l'arrêté du 14 juin 2024 fixant pour 2024 les dotations régionales limitatives 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 ;
- VU l'instruction interministérielle N° DGCS/SD1B/SD5B/DGS/SP2/SP3/DSS/SD1A/2023/170 du 10 juin 2024 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2024 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 » (publication BO du 17/06/2024) ;
- VU le rapport d'Orientation Budgétaire du 28 juin 2024 des établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques et financés par des crédits d'assurance maladie ;
- VU l'avis d'appel à projet pour la création d'une structure dénommée « Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers » (ESSIP) de 25 places à implanter dans le département du Val-de-Marne.

- CONSIDÉRANT que le projet déposé pour la création de 25 places pour une Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers (ESSIP) à implanter dans le département du Val-de-Marne a été classé en première position par la commission régionale d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France le 21 novembre 2024 ;
- CONSIDÉRANT que le projet répond aux besoins sociaux et médico-sociaux constatés dans le département et dans le Projet Régional de Santé d'Île-de-France ;
- CONSIDÉRANT que le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles ;
- CONSIDÉRANT qu'il présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées à l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

ARRÊTE

ARTICLE 1

L'autorisation visant à la création d'une structure dénommée « Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers » (ESSIP) de 25 places, située dans le département du Val-de-Marne, est accordée à la Fondation l'Élan Retrouvé sise 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 Paris.

ARTICLE 2

La capacité totale de l'ESSIP est de 25 places.

Le financement est assuré par une dotation globale versée par l'assurance maladie.

ARTICLE 3

Cette structure est répertoriée dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

- N° FINESS de l'établissement : en cours d'attribution
- N° FINESS du gestionnaire : 750721391

ARTICLE 4

L'autorisation du présent arrêté est accordée à la Fondation Élan retrouvé pour quinze ans à compter de sa date de création et sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité réalisée selon les dispositions prévues par l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles.

En application du premier alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, la structure transmet tous les cinq ans les résultats des évaluations de la qualité des prestations délivrées, selon une programmation arrêtée par l'Agence régionale de santé.

Pour le renouvellement des autorisations, sont pris en compte, conformément à la programmation mentionnée ci-dessus, les résultats des évaluations transmis dans la période comprise entre la date de l'autorisation et au plus tard deux ans avant la date de fin de l'autorisation, conformément à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 5

Conformément aux dispositions de l'article D. 313-7-2 du code de l'action sociale et des familles, la présente autorisation est réputée caduque en l'absence d'ouverture au public de la structure dans un délai de quatre ans suivant la notification de la présente décision.

ARTICLE 6

Un recours peut être formé devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision.

ARTICLE 7

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France et le Directeur de la Délégation départementale du Val-de-Marne sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié aux recueils des actes administratifs des préfectures de la région Île-de-France et du département du Val-de-Marne.

Fait à Saint-Denis, le

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Signé électroniquement par Denis
ROBIN - Directeur Général
Le 23/12/2024 à 08:56

Annexe 3

Les investissements

TABLEAU DES INVESTISSEMENTS					
Nature de l'opération	Date d'achat	Mode Amortissement	Durée	Montant budget	Dotation
LOGICIEL METIER	01/01/2025	linéaire	10	7 500,00	750,00
TOTAL 205500 LOGICIELS				7 500,00	750,00
VÉHICULE ADAPTE + AMENAGEMENT	01/01/2025	linéaire	7	40 000,00	5 714,29
VEHICULE LEGER	01/01/2025	linéaire	7	15 000,00	2 142,86
TOTAL 218200 MATERIEL DE TRANSPORT				55 000,00	7 857,14
IMPRIMANTE / SCANNER	01/01/2025	linéaire	3	900,00	300,00
POSTES INFORMATIQUES	01/01/2025	linéaire	3	5 000,00	1 666,67
TOTAL 2183000 MATERIEL DE BUREAU & INFORMATIQUE				5 900,00	1 966,67
MOBILIER	01/01/2025	linéaire	10	3 500,00	350,00
TOTAL 218400 MOBILIER				3 500,00	350,00
TOTAL INVESTISSEMENTS 2025				71 900,00	9 23,81

Le budget d'exploitation

Dépenses	Montant
Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	10.459
Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	383.617
Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	35.924
Total groupe I + groupe II + groupe III	430.000
Produits	
Groupe I : Produits de la tarification et assimilés	430.000
Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	
Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	
Total groupe I + groupe II + groupe III	430.000

Le PPI

PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT						
	2024	2025	2026	2027	2028	2029
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)						

Augmentation des financements stables d'investissement de la période (Ressources) = (5)	- €	75 924 €	12 133 €	13 874 €	13 757 €	13 491 €
Valeur comptable des éléments d'actif cédés						
Dotations aux investissements des immobilisations incorporelles et corporelles (dotations relatives aux immobilisations antérieures au plan)						
Dotations aux investissements des immobilisations incorporelles et corporelles (dotations relatives aux immobilisations prévues au plan)		10 924 €	12 133 €	13 874 €	13 757 €	13 491 €
- Terrains						
- Agencements de terrain						
- Constructions						
- Installations techniques, matériel et outillage						
- Autres immobilisations corporelles		10 174 €	10 716 €	11 791 €	11 007 €	10 674 €
- Immobilisations incorporelles		750 €	1 417 €	2 083 €	2 750 €	2 817 €
Dotations aux provisions réglementées impactant le FRI (renouvellement des immobilisations et amortissements dérogatoires)						
Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations						
Reports en fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (ESSMS privés)						
Réserves et excédents affectés à l'investissement						
Affectation des résultats à la réserve de compensation des charges d'amortissement						
Apports, dotations, réserves en fonds propres (sauf 106)						
Subventions d'investissement						
Emprunts et dettes assimilées (comptes 16, hors 165 et 1688) (à plus d'un an) antérieurs au plan						
Emprunts et dettes assimilées (comptes 16, hors 165 et 1688) (à plus d'un an) prévus au plan						
Produits des cessions d'éléments d'actif						
Amortissements comptables excédentaires différés (reprises)						
Comptes de liaison investissement (ESSMS privés)		65 000 €				
Autres (dont c/165)						
Diminution des financements stables d'investissement de la période (Emplois) = (6)	- €	71 900 €	5 000 €	7 000 €	7 300 €	24 200 €
Reprises sur provisions réglementées impactant le FRI						
Reprises sur amortissements, autres provisions et dépréciations						
Utilisation des fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (ESSMS privés)						
Quote-part des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice						
Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat						
Produits des cessions d'éléments d'actif						
Fonds propres et réserves (sauf 106) sans droit de reprise (réduction) (ESSMS privés)						
Remboursements des emprunts antérieurs (à plus d'un an) (part capital)						
Remboursements des emprunts prévus au plan (à plus d'un an) (part capital)						
Acquisition d'immobilisations :	- €	71 900 €	5 000 €	7 000 €	7 300 €	24 200 €
- Immobilisations incorporelles		7 500 €	2 000 €	2 000 €	2 000 €	2 200 €
- Terrains						
- Agencements de terrain						
- Constructions						
- Installations techniques, matériel et outillage						
- Autres immobilisations corporelles		64 400 €	3 000 €	5 000 €	5 300 €	22 000 €
- Immobilisations en cours						

- Immobilisations financières						
Reprises sur les réserves de compensation des charges d'amortissement						
Charges à répartir sur plusieurs exercices (augmentation)						
Amortissements comptables excédentaires différés (affectations)						
Autres						
Comptes de liaison investissement (ESSMS privés)						
Variation du FRI (5) – (6) = (7)	- €	4 024 €	7 133 €	6 874 €	6 457 €	- 10 709 €
FRI initial (8)	- €	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €
FRI cumulé de fin de période (7) + (8) = (9)	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €	13 778 €

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)						
Augmentation des financements stables d'exploitation de la période = (10)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Résultat comptable excédentaire (*)						
Reprise des déficits d'exploitation						
Dotations aux provisions d'exploitation						
Dotations aux provisions de couverture du BFR						
Dotations aux dépréciations des actifs circulants : créances, stocks et en-cours						
Autres dotations aux amortissements, dépréciations et provisions						
Reports en fonds dédiés sur dépréciations et provisions						
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement						
Comptes de liaison stable exploitation (ESSMS privés)						
Autres (dont diminution des droits acquis non provisionnés)						
Diminution des financements stables d'exploitation de la période = (11)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Résultat comptable déficitaire (non précédé du signe « - ») (*)						
Reprises sur provisions d'exploitation						
Reprises sur provisions de couverture du BFR						
Reprises sur dépréciations des actifs circulants : créances, stocks et en-cours						
Autres reprises sur dépréciations et provisions						
Utilisation des fonds reportés et de fonds dédiés (ESSMS privés), sauf c/78921						
Reprises à l'investissement des réserves de couverture du BFR						
Report à nouveau excédentaire en diminution du tarif						
Affectation des résultats à l'investissement						
Affectation des résultats à la réserve de compensation des charges d'amortissement (compte 10687)						
Comptes de liaison stable exploitation (ESSMS privés)						
Autres (dont diminution des droits acquis non provisionnés)						
Variation du FRE (10) – (11) = (12)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
FRE initial (13)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
FRE cumulé de fin de période (12) + (13) = (14)	- €	- €	- €	- €	- €	- €

(*) Résultat prévisionnel nécessairement neutre pour les ESSMS tarifés. Possibilité d'un résultat non neutre pour des budgets tels que le BCP d'un ESAT.

Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement net global (9) + (14) = (15)	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €	13 778 €
FRNG initial (16)	- €	- €	4 024 €	15 180 €	33 211 €	57 699 €

Fonds de Roulement Net Global (FRNG) de fin de période (15) + (16) = (17)	- €	4 024 €	15 180 €	33 211 €	57 699 €	71 477 €
Augmentation du besoin en fonds de roulement de la période = (18)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Augmentation des stocks						
Augmentation des créances (effet volume ou prix)						
Diminution des dettes fournisseurs (effet volume ou prix)						
Autres augmentations du BFR						
Diminution du besoin en fonds de roulement de la période = (19)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Diminution des stocks						
Diminution des créances (effet volume ou prix)						
Augmentation des dettes fournisseurs						
Autres Diminutions du BFR						
Variation du BFR (18) – (19) = (20)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
BFR initial (21)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
BFR cumulé de fin de période (20) + (21) = (22)	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Variation de la trésorerie sur la période (7) + (12) – (20) = (23)	- €	4 024 €	7 133 €	6 874 €	6 457 €	10 709 €
Trésorerie initiale (24)	- €	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €
Trésorerie de fin de période (23) + (24) = (25)	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €	13 778 €
Variation des financements à court terme (26)						
Liquidités de fin de période (25) + (26)	- €	4 024 €	11 157 €	18 030 €	24 488 €	13 788 €

Le PGFP

	Postes	N-1	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6
	GROUPE I Charges afférentes à l'exploitation courante	0,00 €	8 700,00 €	8 787,00 €	8 874,87 €	8 963,62 €	9 053,25 €	9 143,79 €	9 235,23 €
	Variations annuelles des charges du groupe 1 (plusieurs lignes si nécessaire)			87,00 €	87,87 €	88,75 €	89,64 €	90,53 €	91,44 €
				87,00 €	87,87 €	88,75 €	89,64 €	90,53 €	91,44 €
	GROUPE II Charges afférentes au personnel	0,00 €	383 616,78 €	387 452,95 €	391 327,48 €	395 240,76 €	399 193,16 €	403 185,10 €	407 216,95 €
	Variations annuelles des charges du groupe 2 (comptes 621 et 622)								
	Recrutements et autres variations de charges de personnel (plusieurs lignes si nécessaire)			3 836,17 €	3 874,53 €	3 913,27 €	3 952,41 €	3 991,93 €	4 031,85 €
				3 836,17 €	3 874,53 €	3 913,27 €	3 952,41 €	3 991,93 €	4 031,85 €
	GROUPE III Charges afférentes à la structure	0,00 €	37 683,22 €	35 910,05 €	36 269,15 €	36 631,84 €	36 998,16 €	37 368,14 €	37 741,82 €
	Charges du groupe 3 – c/61 et c/62 (1) (hors c/615 ci-après)	0,00 €	19 759,22 €	16 777,22 €	15 395,31 €	15 874,66 €	16 507,65 €	16 877,63 €	17 251,31 €
	Charges du groupe 3 – c/63 (1)	0,00 €	0,00 €						
	Charges du groupe 3 – c/65 (1)	0,00 €	0,00 €						
	Charges d'entretien réparation (1)	0,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €	7 000,00 €
	Charges exceptionnelles décaissables								
FRI	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	0,00 €	0,00 €						
FRI	Dotations aux amortissements des immobilisations acquises avant le 1/1/N	0,00 €	10 924,00 €	12 132,83 €	13 873,84 €	13 757,18 €	13 490,51 €	13 490,51 €	13 490,51 €
FRI	Dotations aux amortissements des immobilisations sur acquisitions nouvelles								
FRI	Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	0,00 €	0,00 €						
FRI	Dotations aux amortissements dérogatoires, amortissements exceptionnels et dépréciations des immobilisations	0,00 €	0,00 €						
FRI	Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €						

FRI	Dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (ESSMS privés)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Dotations aux autres provisions réglementées / Autres (c/68748)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reports en fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/68921) – ESSMS privés	0,00 €	0,00 €						
FRE	Dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR	0,00 €	0,00 €						
FRE	Dotations aux provisions des charges d'exploitation	0,00 €	0,00 €						
FRE	Dotations aux autres amortissements, provisions et dépréciations	0,00 €	0,00 €						
FRE	Reports en fonds dédiés (sauf c/68921) – ESSMS privés	0,00 €	0,00 €						
	Frais financiers des emprunts antérieurs à l'année N	0,00 €	0,00 €						
	Frais financiers des emprunts nouveaux								
	A- Total des charges de l'exercice	0,00 €	430 000,00 €	432 150,00 €	436 471,50 €	440 836,22 €	445 244,58 €	449 697,02 €	454 193,99 €
	RESULTAT PREVISIONNEL EXCEDENTAIRE (B – A)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Reprise de déficits antérieurs et reports au titre des amortissements comptables excédentaires différés	0,00 €	0,00 €						
	TOTAL EQUILIBRE GENERAL	0,00 €	430 000,00 €	432 150,00 €	436 471,50 €	440 836,22 €	445 244,58 €	449 697,02 €	454 193,99 €

(1) : A retenir pour le calcul de la marge brute

	Postes	N-1	N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6
	GROUPE I Produits de la tarification	0,00 €	430 000,00 €	432 150,00 €	436 471,50 €	440 836,22 €	445 244,58 €	449 697,02 €	454 193,99 €
	Produits à la charge de l'Etat	0,00 €	0,00 €						
	Produits à la charge de l'assurance maladie	0,00 €	430 000,00 €	432 150,00 €	436 471,50 €	440 836,22 €	445 244,58 €	449 697,02 €	454 193,99 €
	Produits à la charge du département	0,00 €	0,00 €						
	Produits à la charge de l'utilisateur	0,00 €	0,00 €						
	Produits à la charge d'autres financeurs	0,00 €	0,00 €						
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reductibles (une ligne par financeur) : ARS</i>								
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reductibles (une ligne par financeur) : Préfets</i>								
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reductibles (une ligne par financeur) : Conseils départementaux</i>								
	GROUPE II Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Variations annuelles des produits du groupe 2 (plusieurs lignes si nécessaire)			0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	GROUPE III Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Produits du groupe 3 autres que ceux-listés ci-dessous	0,00 €	0,00 €						
	Produits financiers	0,00 €	0,00 €						
FRI	Produits des cessions d'éléments d'actif	0,00 €	0,00 €						
FRI	Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	0,00 €	0,00 €						
FRI	Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur amortissements dérogatoires	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (ESSMS privés)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur autres amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur autres provisions réglementées / Autres (c/78748)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Utilisation des fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/78921) – ESSMS privés	0,00 €	0,00 €						
FR E	Reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement	0,00 €	0,00 €						
FR E	Reprises sur provisions d'exploitation	0,00 €	0,00 €						
FR E	Reprises sur autres provisions et dépréciations	0,00 €	0,00 €						

[illegible]

Annexe 4 : les fiches de postes (un exemple, celle de l'IDEC – chef de service)

	PROFIL DE POSTE	Version 1
	INFIRMIER(ERE) COORDINATEUR – CHEF(FE) DE SERVICE EQUIPE SPECIALISEE DE SOINS INFIRMIERS PRECARITE	Date : Page : 69 sur 84

Date de création : 17/09/2024	Rédaction : Maxime LUPO, cadre supérieur de santé Vérification : Validation :
Date de validation :	
Date de révision :	
Personnel concerné : Infirmier/Infirmière diplômé d'état	

DEFINITION

L'infirmier coordinateur (IDEC) intervient comme chef de service au sein de l'ESSIP dans le but d'assurer la continuité et la qualité du parcours de la personne accompagnée. Il est l'interface interne et externe entre la prise en charge médicale, paramédicale et l'accompagnement social. L'IDEC planifie et organise les soins et le travail de ses collaborateurs. Il assure l'animation et la coordination de l'équipe.

POSITION DANS L'ORGANIGRAMME

Rattachement hiérarchique à la direction générale et médicale de la Fondation.

HORAIRES

CDI temps plein, 35H par semaine, du lundi au vendredi.

LIEU D'EXERCICE

Département du 94, déplacement fréquent

SERVICE

Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité

MISSION DE LA FONCTION :

L'IDEC intervient dans le cadre de l'ESSIP auprès de personnes en situation de précarité, mal logées, hébergées en AHI ou en hébergement de fortune.

L'IDEC, sous la responsabilité de la direction générale, a la charge de l'organisation, du fonctionnement et de l'encadrement de l'équipe. Il/elle participe à créer du lien avec les partenaires extérieures et à se coordonner avec les autres équipes mobiles de la mesure 27.

ACTIVITES PRINCIPALES POUR ASSURER LA MISSION

(Liste non exhaustive)

- Animer l'équipe de l'ESSIP en planifiant les interventions et en veillant à la coordination de l'activité de chacun ;
- Encadrer administrativement l'équipe ;
- Mettre en place les protocoles de soins adaptés ;
- Réceptionner les demandes d'admissions et planifier les interventions ;
- Gérer le dossier usager sur la partie administrative ;
- Veiller à la mise en œuvre des outils de la loi 2002 au sein du service dont le projet personnalisé
- Coordonne les soins avec les différents acteurs du soin du réseau en interne et en externe ;
- Au besoin, peut intervenir avec les membres de l'équipe pour rencontrer les usagers et assurer les soins sur prescription médicale ;
- Transmettre à tous les interlocuteurs concernés les informations utiles et nécessaires à la bonne prise en soin des patients, collaborer avec les médecins et spécialistes (dermatologue, addictologue, psychiatre, etc) ;
- Organiser et participer régulièrement à des réunions de transmissions et/ou d'informations pluridisciplinaires interne et externe ;
- Assurer le suivi logistique du service, notamment avec les véhicules de service
- Participer à la politique d'action et d'amélioration continue de la qualité ;
- Participer aux instances (CLAN, CLUD, CLIAS, COMEDIMS).
- Connaître la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ;
- Prend connaissance des différentes recommandations de l'ANESM en lien avec les missions du service ;
- Prend connaissance des consignes de sécurité ;
- Peut être amené à participer à des groupes transversaux de la Fondation.

Maintenance du matériel :

- Approvisionnement, inventaire, gestion, transport du matériel du service ;
- Désinfection et entretien du matériel ;
- Veille au bon fonctionnement des véhicules de service et de l'ensemble du matériel.

ENVIRONNEMENT RELATIONNEL

Exerce son activité en relation avec :

- Les professionnels de l'ESSIP
- Les équipes mobiles de la mesure 27 du territoire
- La coordinatrice des équipes mobiles du 94
- Partenaires extérieurs : Médecins traitants, réseau de soins somatique, PASS, Centre de santé, CPTS, médecin psychiatre, orthophoniste, psychomotricien ;
- Aidants naturels du patient : parents, entourage proche.

RESPONSABILITES-DELEGATIONS

- Accompagnement du patient tout au long de son suivi
- Accompagnement des stagiaires.
- Délégations de certains actes à l'aide-soignant dans le cadre de son décret de compétences

COMPETENCES ET QUALITES REQUISES

→ FORMATIONS, QUALIFICATIONS OU CONNAISSANCES REQUISES

FORMATION DE BASE	FORMATION COMPLEMENTAIRE (souhaitée)
- DE Infirmier - Obtention du permis de conduire - Expérience en coordination	- Formation en psychiatrie addictologie - AFGSU I et II - Mission de formation et d'évaluation des stagiaires

→ QUALITES PROFESSIONNELLES ATTENDUES

SAVOIR-FAIRE

- Fédérer l'équipe autour du projet d'établissement
- Connaître et respecter les recommandations professionnelles, les règles de confidentialité, les protocoles et procédures en vigueur ;
- Avoir un sens relationnel et une qualité d'écoute ;
- Identifier les situations d'urgence et de crise et y faire face par des actions adaptées ;
- Créer une relation de confiance avec le patient et sa famille ;
- Planifier et organiser son temps dans le cadre du travail d'équipe ;
- Réactualiser ses connaissances professionnelles ;

SAVOIR-ETRE

- Supporter des situations émotionnelles difficiles ;
- Capacité relationnelle et d'écoute ;
- Capacité de fédérer une équipe pluridisciplinaire ;

- Flexibilité et capacités d'adaptation ;
- Réactivité, souplesse et agilité auprès des situations des usagers ;

→ **SPECIFICITES LIEES AU POSTE (ou à l'établissement)**

- Assurer le bon déroulement de la continuité des soins ;
- Un sens important de l'observation et de l'adaptation ;
- Une grande souplesse et tolérance pour recevoir des usagers en grande difficulté.

STATUT

Cadre

REGROUPEMENT METIER SELON LA CONVENTION COLLECTIVE

Regroupement infirmier, coefficient 620, Convention Collective 51 FEHAP

POSSIBILITE D'EVOLUTION

Possibilité de formation

Évolution envisagée de façon individuelle et personnalisée.

Annexe 5 : Fiche de signalement



Fiche de signalement

Orientation d'une personne ou une famille vers une équipe mobile aller-vers du 94

Date de la demande :

Cette demande est adressée à l'équipe :

LHSS mobile		EMSP		ACT HLM	
LHSS périnatalité		ESSIP		Ne sais pas	

Informations concernant le demandeur :

Structure :	Téléphone :
Nom, Prénom, Fonction :	Mail :

Informations concernant la personne bénéficiaire :

Nom :	Téléphone :
Prénom	Lieu de vie :
Sexe :	Adresse (où la personne peut être rencontrée):
Date de naissance :	Nationalité :

La personne est-elle informée de la demande ? ☐ Oui ☐ Non	La personne est-elle d'accord avec la demande ? ☐ Oui ☐ Non
---	---

Informations sociales

Couverture sociale (AME/PUMA/sans couverture sociale) :	Pièce d'identité/ Titre de séjour :
Ressources (RSA/AAH/ADA):	Protection juridique (curatelle/tutelle) :

Entourage	
Langue parlée	

Quels sont les besoins repérés sur le plan social ?

Informations médicales

Description de l'état de la personne au moment de la demande

Pathologie.s somatique.s et/ou psychiatrique.s connue.s / Antécédents médicaux connus/déclarés:

Traitements en cours, si connu :

Grossesse : ☐ OUI ☐ NON	Addictions : ☐ OUI ☐ NON
Déficit Moteur/ handicap : ☐ OUI ☐ NON	Autre :

Besoins médicaux repérés (observance, coordination des soins ...) :

Autres Intervenants médico-psycho-sociaux	Contact
---	---------

Annexe 6 : le document individuel d'accompagnement et le projet personnalisé (extrait)

	DOCUMENT INDIVIDUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Septembre 2024
		Page 1 sur 5

ESSIP - Fondation l'Élan Retrouvé

La personne est démarré l'accompagnement à compter du

.....

Conformément à l'article L311-4 du Code de l'Action sociale et des familles de la loi du 2 janvier 2002 relative aux institutions médicales et médico-sociales, « l'équipe spécialisée soins infirmiers précarité » de la Fondation l'Élan Retrouvé propose de contractualiser, par le présent document, l'accompagnement qui est conclu entre :

D'une part, l'ESSIP représentée par :

Madame/Monsieur, agissant en qualité de, référent de l'équipe

Et d'autre part,

Madame ou Monsieur
Né(e) le :
Demeurant à
Bénéficiaire des prestations de l'ESSIP

Le cas échéant :

Représenté par M. / Mme (Nom, Prénom)

En qualité de :

Organisme :

Dénommé(e) : Représentant légal

En présence de M. ou Mme

(L'utilisateur accueilli peut être accompagné de la personne de son choix).

Fait en double exemplaire.

	AVENANT AU CONTRAT DE SEJOUR	ESSIP 2025
	PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ N°	Page 1 sur 4

**Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité
ESSIP**

Date de l'entretien : / /

Personnes présentes lors de l'échange :

☐ infirmier, ☐ coordonnateur, ☐ aide-soignant, ☐ travailleur social

☐ autre professionnel en lien avec l'utilisateur

Préciser :

NOM : **Prénom :**

L'utilisateur ou représentant légal :

NOM : **Prénom :**

Sexe : F ☐

M ☐

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

.....

.....

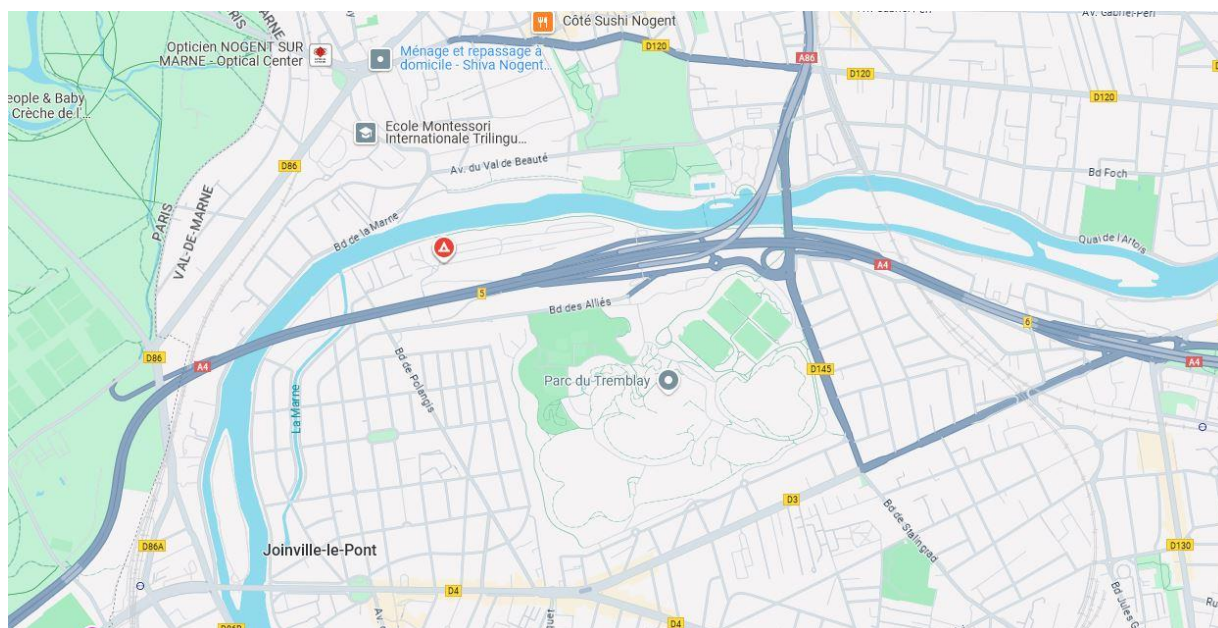
Téléphone :

	CAMPING CAR VIDANGE	MODE OPERATOIRE Utilisation Camping-Car ESSIP FORD Benimar Tessoro 481 EY 097 FN PAGE 77 Téléphone IDEC : 07 *****
---	----------------------------------	--



La vidange s'effectue ici :

CAMPING MARVILLA PARIS EST
110 boulevard des Alliés –
94500 Champigny – Sur – Marne
01 43 97 43 97





Matériel nécessaire

- Gants jetables
- Lingettes ou solution hydroalcoolique
- Produit de nettoyage cassette WC
- Chiffons à usage unique

Eaux grises

- Localisation et vidange du réservoir d'eaux grises.



Étapes :

1. Mettre les gants jetables.
2. Ouvrir la vanne d'eaux grises manuellement (tirer pour ouvrir, pousser pour fermer)
3. Attendre la vidange complète (écoulement fluide).
4. Refermer la vanne.
5. Rincer le tuyau si utilisé, enlever les gants et désinfecter les mains

Eaux noires



- Mettre des gants à usage unique
- Ouvrir la trappe de la cassette WC.
- Retirer la cassette en la tenant par la poignée.
- Se diriger vers une borne prévue pour vidange WC chimique.
- Dévisser le bec verseur, presser le bouton d'aération et vider lentement.
- Rincer plusieurs fois avec de l'eau propre.
- Ajouter produit WC chimique.
- Réinsérer la cassette et fermer la trappe.



Annexe 8 : Deux exemples de convention / partenariat



Hôpitaux Henri-Mondor • Albert-Chenevier •
Georges-Clemenceau • Dupuytren • Emile-Roux

1 rue Gustave Eiffel
94010 - CRETEIL Cedex

Madame Edith BENMANSOUR
Directrice
des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Madame Sabrina LOPEZ
Adjointe à la Directrice
des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Monsieur Fabien GOURDON
Secrétariat Général
Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Secrétariat : 01 45 17 80 27/01 49 81 20 01
Télécopie : 01 49 81 21 99
direction.mondor.hmn@aphp.fr



Créteil, le 07 avril 2025

À l'attention de Mme Alexandra Boye
Directrice Générale
Fondation l'Élan Retrouvé

Objet : Lettre d'engagement – Partenariat avec l'ESSIP 94 Fondation l'Élan Retrouvé

Madame,

Dans le cadre du développement de l'Équipe Spécialisée de Soins Infirmiers en Précarité (ESSIP) portée par la Fondation l'Élan Retrouvé, je confirme l'intérêt porté par le GHU APHP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor à engager une collaboration partenariale avec votre équipe.

Cette collaboration vise à faciliter la coordination des parcours de soins pour les personnes en situation de grande précarité, et à renforcer l'accès aux soins grâce à des actions conjointes de repérage, d'évaluation, de prise en charge et d'orientation.

Nous vous proposons de nous engager mutuellement à :

- Participer à la structuration de parcours de soins coordonnés avec l'ESSIP
- Faciliter les échanges d'informations nécessaires au suivi des patients dans le respect du cadre légal et déontologique
- Favoriser la mise en relation entre l'ESSIP et les professionnels de santé hospitaliers susceptibles d'intervenir auprès des publics ciblés
- Contribuer à l'évaluation de l'impact de cette collaboration sur la qualité et la continuité des soins

Dans l'attente du lancement opérationnel de l'ESSIP, nous vous renouvelons notre soutien et notre intérêt pour ce projet, que nous considérons comme structurant pour l'amélioration de l'offre de soins auprès des personnes en situation de précarité.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Mme Edith BENMANSOUR
Directrice Générale



Convention de partenariat

Entre les soussignés :

L'ESSIP (Équipe de soins spécialisée en soins infirmiers précarité) établissement médico-social de la Fondation l'Élan Retrouvé dont le siège social est situé au 23 rue Catherine de La Rochefoucauld 75009, Siren 775 676 349, représentée par Madame Alexandra BOYER, directrice générale,

ci-après dénommée « L'ESSIP Fondation l'Élan Retrouvé »

Et

La MIS (Maraude D'Intervention Sociale) du Bois de Vincennes de l'Association Emmaüs Solidarité dont le siège social est situé au 32 Rue des Bourdonnais, 75012 Paris, Siren 317 236 248, représentée par Monsieur Lotfi OUANEZAR, directeur général, ci-après dénommée « La Maraude Bois de Vincennes », d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

L'ESSIP Fondation l'Élan Retrouvé propose de mettre toute son expertise et tout son savoir-faire dans le cadre de son activité de soins infirmiers destinés aux plus démunis avec ou sans droit ouvert, avec pour périmètre l'intégralité du Val de Marne et ceci en ambulatoire ou sur le lieu de vie de l'utilisateur. Dans ce contexte, Emmaüs Solidarité souhaite collaborer avec une association qui lui permettrait d'atteindre plus facilement cet objectif tout en favorisant de bonne relation de coopération.

Spécialiste de l'accompagnement d'utilisateurs en difficultés et en précarité, l'ESSIP de la Fondation l'Élan Retrouvé propose à l'établissement partenaire de le solliciter le cas échéant.

Ensemble, la Maraude Bois de Vincennes et l'ESSIP de la Fondation l'Élan Retrouvé concluent cette convention de partenariat encadrée par les éléments principaux indiqués ci-après.

- A collaborer sur des prises en charge de personnes en précarité et/ou en grande précarité qui nécessiteraient des soins médico-psycho-sociaux.

I. Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les termes du partenariat entre l'ESSIP de l'Élan Retrouvé et la Maraude Bois de Vincennes.

II. Engagements des parties

L'ESSIP de la Fondation l'Élan Retrouvé s'engage à accompagner les usagers qui seront orientés par la Maraude Bois de Vincennes dans la mesure de ses capacités au moment de la demande.

De son côté, la Maraude Bois de Vincennes s'engage à entretenir une relation partenariale dans la mesure de ses capacités.

III. Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de signature. Elle est reconductible tacitement chaque année. Elle peut être résiliée sur simple demande de l'une ou l'autre des parties sous réserve d'un préavis de trois mois. Elle peut être modifiée par avenant.

IV. Confidentialité

Les deux Parties s'engagent à ne divulguer aucune information confidentielle qui pourrait lui être communiquée sur l'autre Partie dans le cadre de ce partenariat.

V. Droit applicable

La présente convention est régie par le droit français. Tout litige fera d'abord l'objet d'une tentative de règlement à l'amiable par voie de conciliation avant d'être porté devant les tribunaux compétents.

Faite en autant d'exemplaires que de Parties

À (lieu), le (date)

Signature du Directeur Général de
l'Association Emmaüs Solidarité

Signature de la directrice générale de la
Fondation l'Élan Retrouvé

Le directeur général
Lotfi OUANEZAR

EMMAÜS Solidarité
de la rue à la vie !
32 rue des Bourdonnais - 75001 PARIS
T. 01 44 82 77 20 / contact@emmaus.asso.fr
SIRET 317 236 248 00017 - APE 9001A
www.emmaus-solidarite.org

Master Management des Organisations Soignantes
M2 - MOS@24 -25

TITRE DU DOCUMENT

Déploiement d'une ESSIP dans le Val-de-Marne : une approche innovante des soins pour les populations en grande précarité

AUTEUR

Maxime LUPO

MOTS CLÉS

ESSIP, santé précarité, accès aux soins, soins mobiles, management de projet, innovation

KEY WORDS

ESSIP, health care for precarious populations, access to care, mobile health teams, project management, social innovation

RÉSUMÉ

Le déploiement des Équipes Spécialisées de Soins Infirmiers en Précarité (ESSIP) vise à répondre à l'un des défis majeurs du système de santé français : améliorer l'accès aux soins pour les populations en grande précarité. Ces équipes mobiles ont pour mission de proposer un accompagnement aux personnes exclues du système de soins traditionnel. Ce projet, porté par la Fondation l'Elan Retrouvé dans le département du Val-de-Marne, s'inscrit dans un cadre innovant, visant à compléter les dispositifs existants et à mailler plus finement le territoire. À travers ce mémoire, l'auteur explore le processus de création et de déploiement de l'ESSIP, les défis rencontrés, et les solutions mises en place pour garantir l'efficacité et la pérennité du projet. Le management de l'ESSIP repose sur une approche collaborative et agile, soutenue par une équipe pluridisciplinaire, et se distingue par son engagement à intégrer les spécificités culturelles et sociales des populations cibles. En s'appuyant sur une méthodologie de conduite de projet, ce travail met en lumière les enjeux organisationnels, financiers et humains du déploiement de l'ESSIP, tout en soulignant la collaboration renforcée avec les partenaires locaux dans l'accompagnement des usagers.

ABSTRACT

The deployment of Specialized Nursing Teams for Precarity (ESSIP) aims to address one of the major challenges of the French healthcare system: improving access to care for populations in severe precarity. These mobile teams are tasked with providing support to individuals excluded from the traditional healthcare system. This project, led by the Fondation l'Elan Retrouvé in the Val-de-Marne department, is part of an innovative framework designed to complement existing services and more effectively cover the territory. This thesis explores the process of creating and deploying the ESSIP, the challenges faced, and the solutions implemented to ensure the project's effectiveness and sustainability. The management of ESSIP is based on a collaborative and agile approach, supported by a multidisciplinary team, and stands out for its commitment to integrating the cultural and social specificities of the target populations. Using a project management methodology, this work highlights the organizational, financial, and human challenges involved in the deployment of ESSIP, while emphasizing the strengthened collaboration with local partners in supporting users.