

## **Annexe 2**

### **Cahier des charges des structures dénommées « lits halte soins santé périnatalité »**

#### **Version longue du cahier des charges du décret n° 2024-1105 du 3 décembre 2024 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement de structures intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques**

##### **Le contexte**

La problématique des femmes enceintes ou venant d'accoucher d'un nouveau-né se retrouvant sans solution d'hébergement est une réalité croissante. Pour certaines de ces femmes et/ou leur enfant, la prise en charge médicale et psychosociale proposée dans le cadre du Lits Haltes Soins Santé (LHSS) paraît adaptée quand leur état de santé n'est pas compatible avec la vie à la rue.

Les femmes en situation de grande précarité présentent en effet une fréquence élevée de pathologies de la grossesse, ou de pathologies chroniques, impactant la grossesse, et nécessitant un suivi et un accompagnement adaptés. Elles sont plus exposées que d'autres à des pathologies du post-partum, notamment à la dépression. Ces pathologies, associées au contexte de précarité, peuvent expliquer une fréquence plus élevée de mortalité périnatale, de prématurité ou de retard de croissance. Si certaines problématiques sont communes, par exemple le diabète gestationnel, d'autres sont plus spécifiques, les mères pouvant être concernées par des maladies infectieuses (VIH, hépatite B), des complications d'une césarienne, ou des troubles psychiques. En ce qui concerne les enfants, les situations rencontrées sont également diverses, avec des pathologies périnatales, notamment en lien avec la prématurité, des pathologies congénitales, orthopédiques, neurologiques ou bien cardiaques.

Par ailleurs, les LHSS sont des dispositifs inconditionnels au regard de la situation administrative et constituent une solution intermédiaire entre les dispositifs sanitaires et les dispositifs d'hébergement lorsque ces femmes n'ont pas de domicile. Les structures LHSS ne sont actuellement pas adaptées à l'accueil d'un tel public : elles ne disposent pas des compétences spécifiques adaptées et ne sont pas autorisées à l'accueil des mineurs. C'est pourquoi, pour donner suite à une expérimentation menée de 2021 à 2024 dans quatre régions métropolitaines, il a été acté de pérenniser ce dispositif de LHSS périnatalité. L'évaluation du dispositif sous sa forme expérimentale a permis de confirmer que ce dispositif offrait un accompagnement plus global et plus adapté aux publics cibles, dès lors que des soins techniques ne sont plus nécessaire, avec des coûts de prise en charge inférieurs à ceux d'autres prises en charges auxquelles l'accueil en LHSS périnatalité se substitue.

L'accueil en LHSS périnatalité permet ainsi d'assurer un aval adapté quand l'hospitalisation n'est plus nécessaire, mais que des soins ou une surveillance restent indiqués, pour la mère et/ou pour le nouveau-né. Ces démarches s'inscrivent dans les ambitions de la mesure 27 de prévention et de lutte contre les inégalités de santé du Ségur.

##### **1. Les bénéficiaires de la prise en charge en LHSS périnatalité**

Le dispositif LHSS périnatalité assure de façon privilégiée l'accueil de femmes sans domicile fixe sortantes de maternité, accompagnées de leur nouveau-né, quelle que soit leur situation administrative, lorsque la mère, le nouveau-né, ou les deux, souffrent de pathologies nécessitant une prise en charge médico-sociale ne relevant pas/plus d'une hospitalisation. Les LHSS périnatalité permettent également l'accueil de façon plus exceptionnelle, notamment dans

l'hypothèse de retour de personnes précédemment prises en charge, de nourrissons et enfants de moins de trois ans avec une pathologie d'origine périnatale, accompagnés de leur mère, ou de leur responsable légal lorsque la mère est indisponible. Ils n'ont pas vocation à assurer la prise en charge d'enfants en situation de handicap, eu égard aux dispositifs spécialisés existants. La prise en charge de mineurs isolés n'est pas permise au sein du dispositif.

A titre d'exemple, les pathologies les plus fréquemment prises en charge dans le cadre de l'expérimentation étaient pour la mère : des pathologies de grossesse (diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré) des pathologies et soins du post-partum, des pathologies infectieuses (VIH ou hépatites), des maladies chroniques préexistantes à la grossesse et nécessitant un accompagnement spécifique, des troubles de la santé mentale (dépression périnatale, troubles psychiatriques), des addictions ; et pour l'enfant : des pathologies en lien avec la prématurité, des pathologies congénitales, génétiques de type trisomie 21, orthopédiques, neurologiques ou bien cardiaques, l'ensemble de ces pathologies pouvant se cumuler.

Il est fortement recommandé de prévoir des adossements avec des dispositifs, notamment LHSS « classiques », permettant l'accueil en période prénatale (grossesse pathologique/à haut risque) dans les projets de LHSS périnatalité, pour une pleine réponse aux besoins. En l'absence d'adossement permettant une prise en charge de la mère avant l'accouchement lorsqu'elle est nécessaire, la prise en charge de la femme enceinte est possible au sein du LHSS périnatalité.

Il est également recommandé de prévoir des possibilités de prise en charge des conjoints et des fratries, via un adossement à un dispositif d'hébergement du secteur AHI permettant une telle prise en charge, qui reste exclue en LHSS. A cette fin les ARS et les services de l'État en charge des politiques d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DREETS/DEETS) sont encouragées à se rapprocher et à engager un dialogue, pour faciliter un accompagnement global des publics cibles.

Les LHSS périnatalité doivent faire l'objet d'un déploiement visant de façon prioritaire les territoires les plus tendus en termes d'accès au logement et à l'hébergement, lorsqu'il est constaté l'existence d'importantes populations de familles, couples et femmes à la rue, et une tension en sortie des maternités pour des mères et leur(s) nouveau-né(s) nécessitant une prise en charge médicosociale. L'identification et la qualification des besoins doivent être réalisés en amont des projets, en mobilisant les acteurs institutionnels concernés :

- ARS ;
- DREETS/DEETS ;
- Conseils départementaux ;
- Acteurs-clés des parcours périnataux : maternités, réseaux de périnatalité, PMI ;
- Acteurs sociaux accompagnant ces publics (en veillant à les outiller pour identifier les problématiques sur le plan sanitaire) : SIAO, hébergement d'urgence, accueils de jour femmes/familles.

## **2. Les spécificités de l'accueil au sein du dispositif de LHSS périnatalité**

### **2.1. Une prise en charge adaptée**

Les cibles et objectifs d'accompagnement des LHSS périnatalité sont adaptés aux besoins de la mère et de l'enfant et couvrent des dimensions multiples, essentielles et complémentaires :

- De sécurisation première après des parcours de vie à la rue, de migration, de violences subies et de traumatismes ;
- D'autonomisation et d'appropriation de l'offre de droit commun, par l'instauration de liens de confiance, dans un contexte de méconnaissance des acteurs et des modalités de fonctionnement des services d'aide, et des repères brouillés dans le cadre de parcours d'errance ;
- D'accompagnement global multidimensionnel pour des personnes confrontées à un cumul de problématiques sociales, et de vulnérabilités ;
- De prise en charge sanitaire coordonnée, à visées curative et préventive, dans un objectif de réduction des risques de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, et d'amélioration des déterminants précoces de la santé de l'enfant. Outre les pathologies diverses justifiant une prise en charge, la situation des personnes se caractérise souvent par une absence de suivi médical, notamment du point de vue des dépistages et vaccinations, ce qui nécessite d'assurer la réinscription dans un suivi global de santé. Fréquemment, les bénéficiaires sont également touchées par des mutilations génitales ou des troubles associés à des problématiques d'addiction ;
- D'engagement et d'actualisation des démarches sociales et d'insertion, pour des personnes pouvant cumuler des situations de très grande précarité, des droits incomplets au regard du séjour, une absence de ressources et de droits, des barrières linguistiques et culturelles...
- De soutien de la parentalité, à l'appropriation du rôle de parent, de prévention des situations à risque pour l'enfant liées à la fragilisation du lien parent-enfant, aux parcours, à l'état de santé, ou à des contextes de grossesses non désirées ;
- De prise en charge psychologique, le parcours de vie des publics, souvent marqué par de multiples violences ou les conséquences de leur problématique de santé spécifique, les exposant à des problèmes psychologiques tels que des troubles anxieux, dépressifs, des psycho-traumatismes ou des troubles psychiatriques non identifiés préalablement à l'admission. La prévalence importante des violences conjugales, pouvant conduire à l'exposition des enfants à des scènes de violence, doit également être prise en compte.

Les nouveau-nés, nourrissons et enfants accueillis dans la structure nécessitent des soins ambulatoires et/ou une surveillance rapprochée. L'accompagnement vise plus globalement l'intégration dans un parcours de soins et doit permettre l'observance des soins, la prévention en santé, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. Le caractère multidimensionnel de l'accompagnement doit également permettre le renforcement de l'autonomie et de la capacité à agir des personnes. Ce renforcement repose sur le respect de la volonté de la personne et la liberté de ses choix, la confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences, la reconnaissance et la valorisation de l'expérience des personnes en santé, le respect du secret professionnel, le respect de la confidentialité des données médicales et de la vie privée de l'usager.

Des outils de formalisation complémentaires à ceux prévus par la loi du 2 janvier 2002 peuvent également être utilisés par les équipes en soutien de leur travail d'accompagnement :

- Protocoles médicaux et paramédicaux : suivi préventif du nouveau-né, prise en charge périnatale, prévention et conduite à tenir en cas de survenue de cas de gastroentérite, de bronchiolite, de coqueluche, de gale, de forte chaleur, de punaises de lit, par exemple.
- Pour les publics allophones, les équipes peuvent s'appuyer sur des compétences linguistiques présentes au sein de l'équipe en complément de l'interprétariat.
- Le règlement de fonctionnement peut intégrer des règles locales spécifiques ou permettre une attention particulière à des difficultés rencontrées (violences bannies, préparation de repas interdite dans les chambres, garde d'enfants, prévention des accidents domestiques, sécurisation des chambres ...).
- Le projet personnalisé peut être utilisé comme un levier concret dans l'accompagnement des publics, pour traduire les objectifs et modalités d'accompagnement définis avec les familles après échange et évaluation initiale, suivre leur atteinte et proposer des réajustements ;
- Enfin, un espace d'expression des publics peut permettre notamment l'expression d'attentes ou d'insatisfaction auprès des équipes et permettre une évolution des modalités d'accompagnement le cas échéant.

## **2.2- Une équipe médicosociale pluridisciplinaire adaptée**

La taille de la structure (nombre de places autorisées) est un facteur déterminant la composition des équipes, afin de répondre aux différentes dimensions des besoins des publics.

L'accompagnement médico-social au sein du « LHSS périnatalité » est pluridisciplinaire et adapté à la prise en charge de personnes accueillies. Un médecin responsable est désigné au sein de l'équipe. Il est chargé du suivi et de la coordination de l'activité. L'équipe est également composée d'autres compétences qui complèteront utilement cette équipe. 4 pôles de compétences peuvent être identifiés, avec des compositions variables et adaptées aux projets, tenant compte des opportunités et contraintes locales :

- Un pôle médical et paramédical pouvant mobiliser des médecins, des sage-femmes (susceptibles de jouer un rôle pivot dans la coordination, même si la présence d'un médecin reste néanmoins nécessaire étant donné leurs compétences cliniques et diagnostiques spécifiques, ainsi que pour certaines prescriptions à destination des bénéficiaires adultes), des infirmiers ou infirmiers puériculteurs, des auxiliaires de puériculture, des aides-soignants ;
- Un pôle social et éducatif mobilisant selon les cas des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des conseillers en économie sociale et familiale, techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF) des aides médico-psychologiques ;
- Un pôle enfance et parentalité, qui fait appel principalement à des éducateurs de jeunes enfants mais peut également prendre la forme de profils transversaux, partagés entre différentes structures portées par les associations ;
- Un pôle psychologie et santé mentale, reposant le plus souvent sur un psychologue.

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

Des besoins de formation et de sensibilisation collective des équipes complémentaires peuvent également être mises en œuvre sur les thématiques suivantes :

- La protection de l'enfance et en particulier la connaissance des textes essentiels et de l'organisation des services, les principes du travail de prévention, le repérage des situations à risque pour l'enfant, la rédaction d'un écrit, l'information des familles, voire la participation à l'évaluation d'une information préoccupante conduite par les services départementaux (une telle formation devrait, en premier lieu, s'envisager en lien avec l'offre éventuellement proposée par le conseil départemental du territoire). En complément, des actions visant à favoriser l'interconnaissance avec les acteurs du secteur de la petite enfance et de l'enfance (services municipaux et départementaux, LAEP, CSC ...) pourront également être mises en œuvre, dans une optique de sensibilisation à l'accompagnement des personnes en situation de précarité, d'amélioration des représentations sur ces publics et de facilitation de leur prise en charge ;
- La grande précarité et ses spécificités notamment du point de vue de la réalisation des soins en hébergement, en particulier pour les professionnels du soin ou de la petite enfance.
- Le psycho-trauma et notamment le repérage de ses symptômes.
- Les violences faites aux femmes (dont les mariages forcés, les mutilations, les violences sexuelles et le viol, le risque prostitutionnel et les mises en danger) avec la prise en compte des enfants en tant que co-victimes.
- Les migrations et l'interculturalité.

Les effectifs et le temps de travail de chaque professionnel sont établis en cohérence avec le nombre de lits autorisés et la file active prévisionnelle. Les personnels peuvent être à temps plein ou à temps partiel. La mise en place de temps de supervision ou d'analyse de pratiques est un levier important pour le renforcement des compétences et l'amélioration de la qualité de l'accompagnement pluri professionnel proposé par les structures. Ce format pluri professionnel soulève notamment des enjeux importants de coordination, qui entraînent la nécessité d'organiser des temps d'échange réguliers et collectifs, en transversalité ou bien par pôle de compétence, pour porter une réflexion en équipe et construire collectivement les prises en charge. Le déploiement d'outils de traçabilité et de gestion des informations respectant les principes du RGPD, via notamment l'utilisation d'un dossier commun informatisé, permettent également d'avoir une connaissance partagée des situations ainsi que les actions entreprises ou à entreprendre. Elle implique de prévoir un accès différencié aux informations, afin de respecter le secret professionnel, en particulier pour les professions médicales ou les psychologues, toutes les informations ne devant pas être partagées avec tous. D'autres outils comme des supports de transmissions (facilitant par exemple le lien avec les aides-soignants de nuit), les tableaux médicaux permettant d'afficher les informations générales sur l'état de santé, les objectifs de prise en charge et les actions en cours dans chaque situation, ou encore les agendas partagés, permettent de faciliter le travail en équipe pluri professionnelle.

La présence de professionnels la nuit et la continuité de l'accompagnement le week-end constituent des enjeux importants pour les porteurs dans la constitution de leur équipe. Plusieurs solutions telles que la présence d'un veilleur de nuit, la mise en place d'astreintes de professionnels ou bien le déploiement de protocoles, selon les modèles suivants, permettent d'y répondre :

- Sensibilisation aux situations relevant des urgences obstétricales et pédiatriques auprès des professionnels concernés pour leur permettre d'identifier les situations, de répondre à l'inquiétude des femmes et de favoriser la cohérence de prise en charge ;
- Tableau rassemblant les informations cliniques utiles en cas d'appel du 15 ;
- Fiche de liaison d'urgence à destination des secours à inclure dans le dossier patient informatisé (incluant les caractéristiques de la grossesse, les pathologies du nouveau-né, les principaux intervenants dans la prise en charge, et les traitements en cours) ;
- Renforcement des liens entre équipe de jour et équipe de nuit via des réunions communes ;
- Établissement de liens avec le commissariat de secteur pour faciliter une réponse rapide aux urgences.

Enfin, les problématiques de garde d'enfant peuvent être prégnantes, avec un enjeu de clarification et de rappel des responsabilités des parents accueillis. En effet, les LHSS périnatalité n'ont pas vocation à assurer la garde d'enfants en tant que telle. Pour autant, des besoins peuvent être identifiés pour lesquels des réponses adaptées devront être anticipés, notamment les femmes seules devant se rendre à des rendez-vous où les enfants ne sont pas acceptés, ou en cas de maladie, ou bien lors de l'accouchement. Il est nécessaire pour répondre à ces problématiques, qui représentent également des enjeux de socialisation et du développement psychomoteur des enfants et d'intégration des familles, de prévoir des partenariats resserrés avec les gestionnaires de modes d'accueil de la petite enfance et plus largement des services de la PMI.

### **2.3- Des locaux et des matériels adaptés**

La sélection des locaux tient compte des contraintes multiples associées au projet :

- Réalité du marché immobilier local : bâti disponible et coûts, la mise à disposition de locaux relevant de collectivités locales ou de bailleurs sociaux, à un prix modéré, sera recherchée autant que de besoin, les LHSS pouvant bénéficier d'aides publiques à l'investissement et à la rénovation (Produit Spécifique Hébergement codifié dans le CCH aux articles D.331-96 à D.331-110 pour l'investissement, et aides à la rénovation et l'humanisation assurée par l'ANAH) ;
- Dimensionnement du projet : LHSS périnatalité et éventuelles places de LHSS, d'ACT, ou d'hébergement associées ;
- Usages, avec une préoccupation constante pour la place donnée aux enfants dans chaque espace identifié pour les professionnels, en particulier de santé ;
- Espaces collectifs (activités, convivialité, extérieur avec possibilités de jeu, cuisine adaptée pour des ateliers) ; Espaces dédiés (d'éveil, de motricité...) ;

- Taille des chambres (la mise à disposition d'espaces privatifs plutôt que partagés, notamment sanitaires (salles de bain) peut s'avérer importante, au risque de constituer un motif de tension entre les familles dans le cas contraire.
- Modularité de la structure pour d'éventuelles adaptations ;
- Accessibilité pour des femmes enceintes ou mères de jeunes enfants, a fortiori si elles sont malades (la présence d'escaliers sans ascenseurs peut être gênante voire présenter des risques).

L'accueil est fait en chambre individuelle/familiale avec bloc sanitaire, équipée de matériel de puériculture et/ou d'équipements et matériels adaptés à l'accueil d'enfants (lits pour nouveau-nés, nourrissons et jeunes enfants, lits facilitant le sommeil partagé, tables à langer, tapis d'éveil, baignoires pour bébé...). Les lieux doivent être adaptés à des activités d'éveil et d'éducation des enfants, salles d'éveil, de jeux, etc. La possibilité de dédier des espaces à certaines activités peut être recherchée par les équipes : salle dédiée à la motricité (équipée de matériel), salle « parentalité », salle de sport/rééducation, cuisine adaptée pour des ateliers à dimension nutritionnelle autour de la préparation des repas... Les conditions matérielles de l'accueil sont adaptées aux familles, notamment en matière d'alimentation sûre, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante (alimentation adaptée à l'âge et aux besoins de l'enfant en particulier). En particulier, des matériels adaptés à la prise en charge des nouveau-nés et des enfants de moins de trois ans devront être fournis par le LHSS périnatalité (couches, nourriture adaptée, etc.).

Une implantation des locaux à proximité de services utiles aux familles et/ou de transports permettant d'y accéder doit être recherchée. La question du transport des bénéficiaires doit être prise en compte dans le projet, un véhicule pouvant être utile pour réaliser des sorties dans le cadre d'activités d'animation en extérieur, ou pour les transports occasionnels des publics vers les lieux de rendez-vous associés à leur accompagnement. Sur le plan médical, l'absence de droits ouverts peut empêcher la prise en charge des transports sanitaires : pour les publics dans l'impossibilité de se déplacer par eux-mêmes, une prise en charge par les LHSS périnatalité peut être nécessaire.

### **3. Modalités de fonctionnement et d'organisation.**

#### **3.1. Modalités d'orientation et d'admission vers le dispositif, durée de séjour**

Les modalités demeurent celles prévues pour les dispositifs LHSS, et les équipes mobiles, de droit commun. Une coordination avec les SIAO sera assurée en vue de permettre un suivi des parcours des personnes accueillies, et une anticipation des demandes d'orientation qui seront formulées à l'issue de la prise en charge.

Les admissions sont notamment opérées sur la base de critères relatifs :

- À la gravité de la pathologie de la personne concernée, un équilibre devant être trouvé entre les problématiques de santé trop peu importantes pour justifier un suivi spécifique par une équipe pluridisciplinaire et trop importantes pour permettre une prise en charge adaptée répondant aux besoins ;
- Au caractère aigu de ces pathologies (temporaires ou liées à la grossesse) en cohérence avec l'objectif d'accompagnement global, mais temporaire, des LHSS périnatalité qui permettent

de répondre aux besoins spécifiques des personnes prises en charge dans une optique de stabilisation, et de transition entre les prises en charges sanitaires et sociales ;

- Au niveau de précarité des personnes et l'urgence sociale dans laquelle elles se trouvent notamment au niveau des ressources et de l'hébergement ;
- A la difficulté d'autonomie perçue dans la réalisation des démarches de soins, sociales ou liées au rôle parental.

Une définition des processus favorisant la meilleure adéquation de l'offre d'accompagnement à chaque situation admise et l'adhésion des publics est attendue via :

- Des procédures de préadmission formalisées ;
- Une sensibilisation des orienteurs sur la qualité et l'exhaustivité des demandes
- Une information des publics sur les modalités de prise en charge.

### **3.2 Adossements recommandés et équilibre économique**

A la suite de l'évaluation des dispositifs expérimentaux ayant conduit à la formalisation du présent cahier des charges, deux seuils de faisabilité ont été définis en vue de favoriser l'équilibre budgétaire et la constitution d'une équipe diversifiée :

- Un minimum de 10 places en cas d'inscription dans un dispositif plus large permettant d'atteindre un équilibre économique par la mutualisation d'équipes et de locaux ;
- Un minimum de 25 places lorsqu'aucune mutualisation permettant d'atteindre l'équilibre économique n'est possible.

L'adossement à une autre structure ou l'intégration à un dispositif plus large devra être systématiquement recherché, et mis en œuvre autant que de possible. Plus spécifiquement, l'adossement à d'autres structures prenant en charge des publics similaires peut permettre de diversifier les services accessibles aux publics et de mettre en place un accompagnement séquentiel, avec un passage des personnes d'une structure à l'autre, suivant une gradation construite selon leurs besoins. Pour exemple dans un dispositif global tourné autour de la périnatalité, à l'instar de l'expérimentation mise en œuvre à Athis Mons en Ile-de-France, l'admission pour un accompagnement prénatal peut être réalisée au sein des LHSS, à la suite de quoi un aval est possible sur des places de LHSS périnatalité en post natal, sur des places d'hébergement d'urgence ou d'appartement de coordination thérapeutique (ACT). Dans cette hypothèse les LHSS périnatalité sont fortement intégrés aux différents services qui composent le dispositif d'ensemble. Le passage d'une structure à l'autre se fait selon un principe de progression, suivant l'évolution de l'état de santé des personnes. L'accueil en LHSS a une visée de stabilisation des situations sur les volets sanitaires et sociaux, avec une prise en compte des répercussions sur le plan de la parentalité, en déployant un accompagnement plus assidu. En aval, la finalité de l'accompagnement porte davantage sur l'insertion des publics au sein des places d'hébergement d'urgence, ceux-ci ayant gagné en autonomie et en compétences, et nécessitant un appui plus ponctuel, en fonction de leurs sollicitations.

Le déploiement d'un dispositif hybride plus large que les seuls LHSS périnatalité, et permettant une prise en charge graduée de ces personnes, en intégrant d'autres composantes de l'accueil



social et médico-social des personnes en situation de grande précarité (LHSS, LHSS mobiles, ACT, ACT HLM, CHRS...), peut également permettre de ne pas séparer les familles et d'organiser le lien social.

En termes d'équipe, la mutualisation d'équipe entre services permet également de proposer aux professionnels une quotité de temps de travail plus élevée, facteur d'attractivité lors du recrutement, la diversification des profils mobilisés dans la structure, voire la spécialisation de certains. Enfin, la dynamique de collaboration interne peut être favorisée au sein d'une équipe mieux étoffée.

Concernant les moyens matériels et les locaux, l'adossement permet la mise en commun d'espaces collectifs, de véhicules, de prestations externes de sécurité et d'entretien, ou encore des dépenses énergétiques. Pour les publics, ensuite, les animations, ateliers de prévention et activités de soutien de la parentalité peuvent également être mutualisées. Enfin, les partenariats extérieurs peuvent eux aussi bénéficier de façon commune aux publics des différentes structures ainsi rassemblées.

Plus spécifiquement, l'adossement à d'autres structures prenant en charge des publics similaires peut permettre de diversifier les services accessibles aux publics et de mettre en place un accompagnement séquentiel, avec un passage des personnes d'une structure à l'autre, suivant une gradation construite selon leurs besoins. L'intégration des LHSS périnatalité au sein d'établissements regroupant plusieurs structures favorise par ailleurs la capitalisation sur l'expérience acquise dans la prise en charge de publics similaires.

### **3.3. Partenariats et conventionnements**

Il est attendu des structures porteuses qu'elles recherchent la conclusion dès lors que possible de conventions, contrats ou protocoles avec certains partenaires identifiés comme clés dans l'accompagnement des publics.

Il est recommandé d'initier ces partenariats de façon anticipée, et autant que de possible dès la phase de constitution des projets, dans un objectif de :

- Définir la couverture territoriale attendue des LHSS périnatalité (notamment départementale vs régionale), avant de fixer la capacité d'accueil et d'identifier les liens partenariaux à établir ;
- Prendre en compte les forces et faiblesses de l'offre du territoire dans les différentes dimensions d'accompagnement, l'offre complémentaire, la démographie des professions de santé... ;
- Cartographier les acteurs à solliciter, prioriser et planifier le travail partenarial ;
- Sur les territoires circonscrits avec des réseaux bien identifiés, encourager l'identification d'espaces d'orientation, d'échange (discussion des situations complexes), et de co-construction des parcours (ex. : commission ou cellule famille SIAO).

Les relations partenariales envisagées doivent ensuite faire l'objet d'une construction selon les principes et enjeux suivants :

- Un référencement progressif et régulièrement actualisé pour prendre en compte les changements d'affectation, notamment via la constitution d'un annuaire ;
- Une information (rencontre, communication) régulière des partenaires, relative aux publics cibles pouvant faire l'objet d'une prise en charge, les critères et les modalités d'admission, la nature de l'accompagnement proposée... ;
- La construction de liens via une identification de référents, une clarification des missions respectives, l'identification des motifs de sollicitation pertinents et des informations à partager.

Une formalisation des conventionnements sera recherchée dès lors qu'il est instauré des relations d'engagement mutuel (hors mobilisation sur des compétences habituelles) ou de souhaits partagés de formalisation des liens fonctionnels. Le gestionnaire de la structure pourra notamment conclure des conventions, contrats ou protocoles, avec le service départemental de PMI, qui participe fortement à la prise en charge des situations en tant que structures de droit commun accessibles aux bénéficiaires. Les PMI peuvent proposer des soins et des conseils de puériculture, ainsi que, dans certains cas, un suivi de grossesse, ou encore un accompagnement psychologique. En termes de modalités d'intervention, la proposition peut porter sur un accueil en centre de PMI, des visites à domicile, voire l'animation d'ateliers de prévention collectifs. Les apports des PMI peuvent donc être importants pour les équipes des LHSS périnatalité, y compris pour d'éventuelles préoccupations relevant de la prévention et de la protection de l'enfance. Une association précoce au projet permettra de prendre en compte les tensions qui peuvent exister sur le plan RH et le surcroît d'activité possible pour les équipes de PMI.

D'autres acteurs doivent par ailleurs être mobilisés en cours d'accompagnement pour le volet soins de santé :

- Les services hospitaliers, dont les maternités, les services de néonatalogie, et les services sociaux, ou les PASS, pour faciliter l'accès des publics sans droits ouverts à des traitements ;
- Certains services comme les services de maternités, de néonatalogie et de pédiatrie, de maladies infectieuses, ou bien de psychiatrie périnatale, psychiatrie et pédopsychiatrie, pour assurer des suivis spécialisés ;
- Les laboratoires d'analyses médicales, pour les examens biologiques ;
- Les professionnels de santé de ville, En particulier les sage-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pédiatres ;
- Les Pharmacies (dont PHI) ;
- L'hospitalisation à domicile, qui permet l'apport de soins et l'installation de matériel médical directement au sein de la structure ;
- Les services de psychiatrie, les centres médico-psychologiques (CMP) adultes ou périnatales pour le suivi thérapeutique des bénéficiaires, les équipes mobiles de psychiatrie précarité qui réalisent des évaluations, une orientation ou un accompagnement vers le soin par des visites à domicile, ou encore les centres de psycho-traumatismes ;
- Des structures médico-sociales, notamment sur le champ des addictions. Les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) peuvent notamment intervenir en tant que structure co-accompagnante, pour assurer des suivis

individuels ou animer des ateliers collectifs de réduction des risques, voire assurer des visites au sein des LHSS périnatalité.

Sur le volet social, des partenaires multiples sont également mobilisés en cours d'accompagnement pour faciliter l'accès à certains services, apporter un appui dans les démarches administratives ou bien anticiper la sortie du dispositif.

La signature d'une convention avec le SIAO, qui joue un rôle central de coordination entre les différents dispositifs dédiés aux publics en situation de grande précarité présents sur les territoires, sera recherchée dès lors que possible. La construction de ces liens avec les SIAO, qui contribuent à la pertinence des situations orientées et à la diffusion du dispositif auprès des acteurs du territoire, est notamment déterminante pour l'orientation des bénéficiaires en aval de la prise en charge.

Des liens avec les collectivités territoriales et en particulier les communes, les intercommunalités ou bien les conseils départementaux, peuvent également permettre un accès facilité des publics à l'offre de services sociaux, éducatifs et culturels, mais aussi parfois l'identification de locaux à loyer réduit pour les associations porteuses. Au sein des services départementaux, l'aide sociale à l'enfance (ASE), la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), et les médecins référents « protection de l'enfance » sont mobilisables pour un appui face à des situations spécifiques, en cas de repérage de situations de danger ou de risque de danger, en vue de l'évaluation de ces situations et, le cas échéant, la mise en œuvre de mesures de protection. Par ailleurs, les services d'action sociale de proximité portés par les départements peuvent également être mobilisés dans l'appui de démarches administratives et sociales concernant les bénéficiaires. De façon générale

Des rapprochements avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) peuvent faciliter les demandes d'ouverture de droits concernant les mères et leurs enfants. Des liens avec les CAF, par le biais de temps de rencontre ou d'ouverture d'accès privilégiés pour les démarches peuvent faciliter la prise en charge des bénéficiaires.

Les liens qui peuvent être noués avec des associations peuvent faciliter l'accès à des avantages en nature pour les bénéficiaires, comme des épiceries solidaires, des dons alimentaires, des dons de matériel de puériculture et de vêtements. Elles peuvent également être source d'appui dans certains accompagnements par le biais de permanences juridiques gratuites (Cimade, Maison Droits et Justice) ou l'accès à des écrivains publics en capacité d'accompagner la mise par écrit des récits de parcours migratoires. Les associations peuvent également proposer des accompagnements dédiés, par exemple dans les situations de violences faites aux femmes (Solidarité Femmes) ou bien faciliter l'accès à des services de gardes comme les crèches. En dehors des associations identifiées par les structures elles-mêmes, les bénéficiaires peuvent également solliciter directement d'autres associations, pour répondre à leurs besoins. Des bénévoles peuvent également intervenir au sein de la structure pour animer certaines activités ou faire des dons de matériel de puériculture.

### **3.4. Déploiement de dispositifs mobiles périnatalité**

En complément de l'adossé à des dispositifs résidentiels, une diversification des modalités de prise en charge peut être recherchée par le déploiement d'équipes mobiles médico-sociales dédiées à la périnatalité, sous forme de « lits halte soins santé mobiles », ou « d'équipes mobiles santé précarité », qui doivent alors disposer d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire

adaptée à la prise en charge des publics accueillis et disposant d'une expérience dans le champ de la périnatalité. Ces équipes mobiles dédiées à la périnatalité sont destinées à :

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

Ces dispositifs peuvent faciliter les prises en charge en amont et en aval, en particulier en cas de besoins persistants d'accompagnement. Ils peuvent constituer un relai local sur le territoire, facilitant la coordination avec le droit commun, afin d'éviter des ruptures dans les accompagnements et de favoriser l'autonomisation des publics. Leur intervention est néanmoins privilégiée lorsqu'un hébergement pérenne des bénéficiaires permet une sécurisation première de la personne, la réponse à ses besoins primaires facilitant une intervention centrée sur les problématiques de santé.

Les publics ciblés sont les femmes enceintes et femmes avec des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations suivantes et quel que soit leur statut administratif :

- Sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- En situation d'urgence sociale et rencontrant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI) et en Foyers de travailleurs migrants (FTM), et en particulier des centres d'hébergement dédiés aux femme enceintes et sortant de maternité ;
- Fréquentant des lieux d'accueil comme les accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS), centres de santé, etc.
- En situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé (personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, sortant de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-social ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...).

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

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

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

Les équipes mises en place doivent pouvoir intervenir :

- De leur propre initiative, selon une stratégie définie dans le projet initial ;
- A la demande et en appui aux professionnels libéraux de santé du territoire d'implantation du dispositif ou de tout autre acteur de santé (centre hospitalier, DAC, CPTS, CLS, CLSM, notamment) ;
- A la demande des gestionnaires de lieux d'hébergement ou des SIAO ;
- Dans le cadre de programmes mis en place par l'Agence Régionale de Santé ou validés par elle, qu'il s'agisse d'interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d'urgence (opérations de mise à l'abri).

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

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

- Recueil des informations sur le suivi social, aide à la réalisation de demandes d'hébergement ou de logement (ex SIAO, demande de logement social...).
- Les équipes peuvent également assurer un appui ponctuel aux structures d'hébergement d'urgence recevant des personnes ayant des problématiques de santé non prises en charge. Elles peuvent, le cas échéant, y assurer des formations ou des actions de sensibilisation.
- Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Cette mission doit être assurée en articulation – voire uniquement en cas d'absence - avec les équipes de veille sociale intervenant sur le territoire.

Les équipes mobiles dédiées à la périnatalité assurent un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social pour assurer une prise en charge globale et favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels. Un plan de soins est mis en place précisant les objectifs de la prise en charge, sa durée prévisible et les partenariats mobilisés. Il est révisé dès que besoin. Les équipes devront aussi jouer un rôle d'information auprès des publics pris en charge et/ou rencontrés au cours de leur mission, notamment concernant l'accès aux soins dans le dispositif de droit commun. L'équipe mobile élaborera avec chaque personne prise en charge un projet individualisé adapté à ses besoins qui définira les objectifs, les moyens de mise en œuvre pour les atteindre et les modalités de suivi.

La prise en charge par l'équipe mobile est temporaire. La durée de l'accompagnement devra être définie en lien avec la personne, sur la base du projet individuel et des possibilités de relais à d'autres structures présentes sur le territoire, et précisées lors de la convention passée avec la structure AHI le cas échéant. La durée maximale d'accompagnement maximale est fixée à 2 mois renouvelables. Dans le suivi du dispositif, il convient d'être vigilant à ce que les personnes soient orientées vers les dispositifs adaptés de droit commun afin que des prises en charge durables et pérennes ne s'installent pas.

Le fonctionnement du LHSS mobile ou de l'EMSP repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui la/le compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge.

La composition de l'équipe de la structure est à adapter en fonction de la file active, de ses modalités d'intervention et de son amplitude horaire de fonctionnement. Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées à minima :

- D'un infirmier ayant une expérience dans le champ de la périnatalité ;
- D'un professionnel du travail social.
- Un temps de médecin et un temps de sage-femme à adapter en fonction des missions identifiées au sein de la structure et pouvant être mutualisé avec d'autres structures sont identifiés.

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

- Psychologue ;

- Educateur spécialisé Médiateur en santé ;
- Pair aidant.
- Un temps d'interprétariat sera idéalement prévu, en fonction des publics accompagnés et des ressources mobilisables.
- Lorsque le fonctionnement de l'équipe repose sur un camion/bus/véhicule aménagé, l'équipe est également composée d'un chauffeur, formé si possible pour être intervenant/accueillant social.

Si le candidat est gestionnaire d'autres structures ou services, la mutualisation de moyens en personnels devra être recherchée et valorisée (notamment pour les fonctions support) et pourra également être mise en œuvre par voie de partenariat. Le plan de formation des professionnels sera adapté aux particularités des missions d'une équipe mobile médico-sociale et aux problématiques des publics accueillis (pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques...).

### **3.5- Le financement**

Les structures LHSS périnatalité sont financés sur l'ONDAM spécifique. Il est posé un principe d'indissociabilité de la mère et de l'enfant qui vient de naître jusqu'à ses 3 ans. Cela signifie qu'il est possible d'admettre dans la structure une mère ne nécessitant pas une prise en charge en LHSS mais dont l'enfant le nécessiterait ou, inversement, une mère nécessitant une prise en charge en LHSS et lorsque son enfant ne le nécessiterait pas, voire d'admettre dans la structure une dyade mère enfant dont les deux nécessiteraient une prise en charge médicosociale. Les deux occupent une seule place de LHSS à un coût unique, majoré par rapport au financement prévu pour les LHSS « classiques » ne permettant pas l'accueil de mineurs et destinés à la prise en charge de personnes isolées.

Les EMSP et LHSS mobiles dédiés à la périnatalité sont financés par une dotation globale sur l'Ondam spécifique estimée sur la base de la composition de l'équipe, du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux de ces personnes.

