

Annexe 1

CAHIER DES CHARGES

POUR LA CREATION D'UNE EQUIPE MOBILE SANTE PRECARITE (EMSP)

DANS LE DEPARTEMENT DE LA DROME (Communauté d'agglomération de Montélimar Agglomération et Communauté de communes Drôme Sud Provence)

Avis d'appel à projets n°2026-26-EMSP

DESCRIPTIF DU PROJET

- Une équipe mobile santé précarité (EMSP) intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (*article D312-176-4-26 du code de l'action sociale et des familles*) dans le département de la Drôme (Communauté d'agglomération de Montélimar Agglomération et Communauté de communes Drôme Sud Provence)
- Le fonctionnement des équipes mobiles santé précarité repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui les compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge. La composition de l'équipe de la structure est à adapter en fonction de la file active, de ses modalités d'intervention et de son amplitude horaire de fonctionnement.
- Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima d'un infirmier et d'un professionnel du travail social. Un temps médical à adapter en fonction des missions identifiées au sein de la structure et pouvant être mutualisé avec d'autres structures est identifié.
- Les EMSP fonctionnent les jours ouvrables de la semaine, a minima du lundi au vendredi, de 9h à 17h mais un fonctionnement sur des horaires de fin de journée, voire sur le samedi matin, pour toucher des publics difficilement accessibles en journée, peut être proposé.
- Les EMSP visent des publics 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.
- Montant total du financement en année pleine : 200 000 € issus de l'instruction budgétaire 2025.

PREAMBULE

Contexte national

Les inégalités de santé couvrent les différences d'état de santé potentiellement évitables entre individus ou groupes d'individus, liées à différents facteurs sociaux : logement, transport, emploi, éducation, liens sociaux, etc.

Des démarches de promotion de la santé, alliant des actions d'aller-vers, de santé communautaire, de développement du pouvoir d'agir et de réduction des risques, conçues de manière transversale et partenariale entre acteurs de différents champs d'intervention (sanitaire, social, médico-social), ont vocation à réduire les inégalités de santé.

La pertinence des nouvelles modalités de prise en charge nées du décret du 9 septembre 2021 avec la création des EMSP justifie leur déploiement et leur financement dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, dédiée à la « la lutte contre les inégalités de santé ».

Le déploiement des nouvelles modalités de prise en charge des EMSP et des ESSIP s'inscrit dans le cadre de plusieurs politiques de santé publique et de cohésion sociale :

- « La stratégie nationale de santé 2018-2022 » qui vise à lever tous les obstacles financiers de l'accès aux soins et la nouvelle stratégie nationale 2023-2033 ;
- Le Pacte des Solidarités 2023-2028 (qui prend la suite de la « stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018-2022 ») et notamment son axe 3 visant à lutter contre la grande exclusion grâce à l'accès aux droits, en soutenant des modalités d'intervention (aller-vers, équipes mobiles) qui permettent de raccrocher aux droits et aux soins les publics en situation de non-recours ;
- La mesure 27 du « Ségur de la santé » qui vise à prévenir et à lutter contre les inégalités de santé en renforçant l'offre de soins à destination des publics précaires sur l'ensemble du territoire et en assurant un accès facilité.

Contexte régional

Le cadre d'orientation stratégique 2018-2028 du projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes vise à favoriser l'accès à la santé notamment pour les personnes les plus démunies et les personnes en situation de handicap en les prenant en compte dans les démarches de prévention et en veillant tout particulièrement à ce qu'elles aient accès aux dispositifs d'offre sanitaire et médico-sociale. La création d'équipes mobiles médico-sociales s'inscrit pleinement dans cette orientation stratégique.

S'appuyant sur la mesure 27 du Ségur de la Santé relative à la lutte contre les inégalités de santé, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes développe d'ores et déjà des démarches d'aller-vers pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles. Ainsi, des ACT hors les murs, des LHSS mobiles et une ESSIP ont été déployés sur la Drôme les dernières années. Ces dispositifs permettent de conforter la politique menée par l'ARS et retranscrite dans le Projet Régional de Santé (PRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) en termes d'accompagnement des plus démunis vers l'accès aux droits et aux soins.

C'est dans ce cadre que l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes lance un appel à projets relatif à la création d'une EMSP sur le département de la Drôme et plus particulièrement sur le territoire de Montélimar Agglomération et de la communauté de communes Drôme Sud Provence (Pierrelatte, Saint Paul Trois Châteaux) pour des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé.

Contexte local¹

Le territoire de Montélimar Agglomération et de la Communauté de communes (CC) Drôme Sud Provence présente des caractéristiques contrastées, tant sur le plan géographique — avec la coexistence de zones urbaines, périurbaines et rurales — que sur le plan socio-économique. Globalement, le niveau socio-économique y est inférieur à celui observé dans le reste du département. Le territoire est également marqué par d'importantes problématiques de mobilité ainsi que par une offre de soins insuffisante au regard des besoins de la population.

Les communes de Montélimar et de Pierrelatte concentrent à elles seules 4 des 12 Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) recensés dans le département, représentant près de 11 000 habitants, soit plus d'un tiers de la population vivant en QPV dans la Drôme.

Le taux de chômage des 15-64 ans atteint 12,9 % sur ces territoires, contre 10 % en région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et 11,8 % dans la Drôme. Les écarts sont encore plus marqués chez les jeunes de 15 à 24 ans : le taux de chômage s'élève à 27,6 % pour la CC Drôme Sud Provence et à 25,3 % pour Montélimar Agglomération, contre 23,0 % dans la Drôme et 19,4 % en région ARA. Par ailleurs, la part des cadres y est plus faible (13,6 % pour la CC Drôme Sud Provence et 12,1 % pour Montélimar Agglomération) que dans la Drôme (14,1 %) et en région ARA (18,3 %).

D'autres indicateurs de précarité socio-économique confirment ces fragilités. Sur le territoire de Montélimar Agglomération, 4,4 % de la population est bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active (contre 3,9 % en région ARA), 3,6 % perçoit l'Allocation aux adultes handicapés (contre 3,0 % en région ARA), 12,1 % bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (contre 10,4 % en région ARA) et 4,4 % perçoit le minimum vieillesse (contre 3,4 % en région ARA). Les jeunes sont particulièrement concernés sur la CC Drôme Sud Provence, où 20,8 % des personnes de 15 ans et plus sont sans diplôme, contre 18,4 % en région ARA.

En matière d'accès aux soins, le recours à un médecin généraliste demeure inférieur à la moyenne régionale : 76,6 % pour Montélimar Agglomération et 75,8 % pour la CC Drôme Sud Provence, contre 80,1 % en région ARA. Le recours à un chirurgien-dentiste est également plus faible (41,8 % et 41,5 % respectivement, contre 44,1 % en ARA). Ces difficultés risquent de s'accroître avec l'annonce de plusieurs départs à la retraite de médecins généralistes à l'horizon 2026.

Par ailleurs, dans les territoires ruraux très peu denses, repérer les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité est souvent plus difficile car elles peuvent se rendre invisibles, plus exposées à l'isolement et au non-recours et présenter des difficultés importantes de mobilité.

¹ Source : INSEE, Recensement de la population - 2022

Quelques dispositifs visant l'accès à la prévention et aux soins des publics les plus précaires existent sur ce territoire : PASS, Accueil Santé du Diaconat Protestant, médiation santé, Centre municipal de Santé de Montélimar, etc. Cependant ces dispositifs ne couvrent pas la totalité des besoins et sont principalement localisés sur la commune de Montélimar.

En outre, certaines personnes étant moins visibles, notamment lorsqu'elles disposent d'un domicile individuel, elles ne sont pas identifiées par ces dispositifs spécifiques.

Les problématiques liées aux addictions sont également particulièrement prégnantes. Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Montélimar ont à plusieurs reprises alerté l'Agence régionale de santé (ARS) sur leur incapacité à répondre à l'ensemble des demandes, du fait de listes d'attente importantes. Depuis plusieurs années, ils ne couvrent plus le territoire de la CC Drôme Sud Provence en raison de son éloignement géographique. À ce jour, aucun médecin addictologue n'exerce ni au sein des CSAPA ni au Groupement hospitalier Portes de Provence (GHPP), faute de recrutement.

Sur ce territoire, la précarité et la pauvreté recouvrent des réalités diverses : travailleurs et travailleuses précaires, personnes sans activité, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes disposant d'un logement individuel ou sans domicile fixe, etc. Ce contexte plaide pour une approche globale, de proximité et d'« aller-vers », s'appuyant sur une équipe mobile susceptible d'intervenir sur les volets psychologique, social et sanitaire. Il s'agira de mobiliser une palette diversifiée de modalités d'intervention, au plus près des besoins des personnes, en articulation et en complémentarité avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.

Conclusion

Le présent document, annexé à l'avis d'appel à projets émis par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, constitue le cahier des charges auquel les dossiers de candidature devront se conformer. Le cahier des charges a pour objectif de définir les conditions d'ouverture, les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidature devra répondre et les exigences que doit respecter le projet. Il invite les candidats, notamment à partir de leur connaissance du territoire, à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes concernées.

1. CADRE JURIDIQUE

1-1 - Le cahier des charges

Le présent cahier des charges est établi conformément aux dispositions de l'article R313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

1-2 - Les équipes mobiles santé précarité (EMSP)

Définition EMSP

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

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

Elles ont un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés. Elles peuvent intervenir dans le cadre de permanences délocalisées au sein de structures sociales ou médico-sociales et y dispenser des actions de formation ou des actions de sensibilisation. Selon les modalités d'intervention retenues, les équipes peuvent être amenées à subvenir ponctuellement à des besoins primaires des personnes (alimentation, hygiène). Les EMSP sont des structures autonomes et détentrices d'une autorisation de fonctionnement qui leur est propre.

Activités et missions des EMSP

- 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), 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 d'éducation thérapeutique ;
- Identification des besoins ou construction d'actions collectives de prévention-promotion de la santé ;
- Identification des besoins en matière d'accompagnement social, d'ouverture des droits (domiciliation, minima sociaux, papiers d'identité, couverture maladie etc.) ;
- Recueil des informations sur le suivi social, aide à la réalisation de demandes d'hébergement ou de logement (ex SIAO, demande de logement social, etc.).

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

Textes EMSP

Cadre général de l'appel à projets :

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires;
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;

- Décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;
- Décret n°2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles;

Codifiés aux articles : L.313-1-1, R.313-1 et suivants, D.313-2 du code de l'action sociale et des familles.

- Circulaire n°DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Instruction budgétaire du 7 août 2025 relative à la campagne budgétaire pour 2025 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Cadre spécifique pour les EMSP :

- Code de l'action sociale et des familles, et notamment l'article D.312-176-4-26 (Décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès des personnes confrontées à des difficultés spécifiques).
- Cahier des charges national des équipes mobiles santé précarité annexé à l'instruction budgétaire n° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/231 du 17 novembre 2021 ([Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité n°2021/23 du 15 décembre 2021](#)).

Le présent cahier des charges, établi conformément aux dispositions de l'article R.313-3 du CASF, a pour objectif de définir les conditions d'ouverture des EMSP ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre.

Tout projet déposé devra respecter les textes ci-dessus référencés.

2. LES OBJECTIFS

L'appel à projets vise à autoriser la création d'une EMSP dans le département de la Drôme (territoire de Montélimar Agglomération et Communauté de communes Drôme Sud Provence), pour des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies.

3. CAPACITE A FAIRE DU CANDIDAT. EXPERIENCE ET CALENDRIER

3-1 - La capacité à faire du candidat

Les candidatures apporteront des informations sur :

- Leur projet d'établissement, associatif ou d'entreprise,
- Leur historique,
- Leur organisation (organigramme, instances, structuration du siège, dépendance vis-à-vis d'autres structures),
- Leur situation financière (bilan et compte de résultat),
- Leur activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité (les divers établissements et services médico-sociaux gérés par le gestionnaire),
- Leur équipe de direction (qualification...).

3-2 - L'expérience du candidat

Les EMSP sont gérées par une personne morale publique ou privée ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge. Les candidatures apporteront des informations sur leur expérience et devront notamment faire apparaître :

- Leur connaissance des personnes en situation de vulnérabilité,
- Leurs expériences antérieures dans la prise en charge des problématiques de soins et de santé de ce public,
- Leur travail en réseau,
- Leur connaissance du territoire, des partenaires et des acteurs locaux,
- Leur expérience en matière d'aller vers et de mobilité.

La co-construction du projet avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire devra être recherchée.

3-3 - Le calendrier

Les candidats devront présenter un calendrier prévisionnel de leur projet précisant les jalons clés et les délais pour accomplir l'ensemble des étapes conduisant à l'ouverture définitive de l'EMSP en précisant une date prévisionnelle de mise en fonctionnement.

4. PUBLIC

Les publics ciblés de l'EMSP sont :

- Des personnes sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- Des personnes en situation d'urgence sociale ayant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant du secteur de l'accueil hébergement Insertion (AHI) et en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mises en place au sein de celles-ci ;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil : accueils de jour, Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), centres de santé...
- Toute personne en situation d'isolement et de vulnérabilité psychique et/ou psychosociale, et ayant besoin d'être écoutée et éventuellement accompagnée sur le volet santé ;
- Des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé (personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, personne vivant en logement insalubre ou dégradé, sortants de détention dans une perspective d'amorçage d'accompagnement médico-social ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes en demande d'asile hébergées ou non dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...).
- Des personnes fréquentant les aires d'accueil ou terrains familiaux dédiés aux gens du voyage.

Les EMSP sont susceptibles d'intervenir auprès de personnes majeures et mineures.

5. LOCALISATION ET ZONE D'INTERVENTION

L'équipe mobile santé précarité a vocation à intervenir sur la communauté d'agglomération de Montélimar Agglomération et sur la communauté de communes Drôme Sud Provence.

Dans ce périmètre d'intervention, l'opérateur s'engage à intervenir quelle que soit la nature du lieu de vie des personnes (logement, hébergement en structure sociale, hôtel, habitat informel, rue).

Le projet précisera la localisation des locaux de travail des personnels ainsi que des moyens matériels de mobilité et d'aller-vers et fournira leur description.

Tout projet présenté en dehors de la zone d'intervention ciblée, ne sera pas recevable.

6. LE FONCTIONNEMENT

Le projet détaillera de manière précise le fonctionnement de la structure et l'organisation des prises en charge individuelles.

6-1 – Orientations et inclusion

L'EMSP peut intervenir auprès des personnes :

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

Le candidat devra décrire les modalités et les étapes de repérage, contacts, rencontre et inclusion des personnes dans la file active de l'équipe. Les modalités d'accroche et de création du lien avant l'engagement de la prise en charge sont essentielles au regard du public visé.

6-2 - Durée de prise en charge et amplitude d'ouverture

▪ Durée de prise en charge

Les EMSP représentent une offre médico-sociale à caractère temporaire, dont la durée d'accompagnement maximale est fixée à 2 mois renouvelables. Dans le suivi du dispositif, il convient en effet d'être vigilant à ce que les personnes soient orientées vers les dispositifs adaptés de droit commun afin que des prises en charge durables et pérennes ne s'installent pas.

▪ Amplitude d'ouverture

Les EMSP fonctionneront les jours ouvrables de la semaine, a minima du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

6-3 - Prises en charge et services proposés aux personnes bénéficiaires

Le fonctionnement de l'EMSP repose sur la pluridisciplinarité de l'équipe qui la compose afin d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des personnes prises en charge. La composition de l'équipe de la structure est à adapter en fonction de la file active, de ses modalités d'intervention et de son amplitude horaire de fonctionnement. Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées à minima d'un infirmier et d'un professionnel du travail social.

Un temps médical identifié doit être adapté en fonction des missions identifiées au sein de la structure et peut être mutualisé avec d'autres structures. Ce temps médical doit permettre d'apporter un appui aux équipes de terrain (pouvoir être sollicité pour apporter son expertise médicale sur certaines situations) et d'assurer, si nécessaire, les actes relevant exclusivement d'une compétence médicale (réalisation/prescription d'examens médicaux, diagnostic, prescription de traitements).

Le médecin ne peut pas être le médecin traitant des personnes mais si les personnes n'ont pas de médecin traitant et ne peuvent pas être orientées, pendant un temps donné, vers un autre professionnel de soins, le médecin de l'EMSP assure le diagnostic, les prescriptions et le suivi des soins qu'il engage.

L'EMSP peut s'adjoindre les compétences d'autres catégories de personnel adaptées aux missions et activités arrêtées dans le projet d'établissement, et notamment psychologue, médiateur en santé, aide-soignant, aide à domicile et autres intervenants d'aide à domicile, pair aidant.

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.

L'accompagnement a vocation à être global (médico-psycho-social) et à permettre :

- Une évaluation de la situation de santé et de la situation sociale ;
- La réalisation/la prescription d'examens médicaux, de dépistage, de bilans de santé ;
- La réalisation de soins de première intention, la prescription de traitements, la délivrance des traitements si besoin et le suivi de l'observance thérapeutique ;
- La coordination du parcours de soins : organisation de la prise en charge adaptées avec médecins libéraux et hospitaliers, infirmiers libéraux et services de soins infirmiers (ESSIP, SSIAD), kinésithérapeutes, services d'aide ou de maintien à domicile, HAD ; organisation de réunions de synthèse partenariale ; élaboration de dossiers de demande d'admission en établissements médico-sociaux adaptés (EHPAD, SAMSAH, ACT, LHSS, LAM...) ; ...
- La mise à disposition de matériel et l'accompagnement à la définition de stratégies de réduction des risques et des dommages ;
- Une première écoute inconditionnelle, sans jugement, confidentielle et pouvant être anonyme. L'écoute peut se suffire à elle-même ou permettre d'élaborer une première demande en santé mentale en vue d'un soutien psychologique à court terme et/ou d'une orientation vers d'autres structures ;
- La prévention et la promotion de la santé (information, sensibilisation, conseils, éducation thérapeutique...) de manière individuelle et collective, permettant aux personnes d'acquérir des compétences en santé ;

- L'ouverture de droits (domiciliation, droits sociaux et ressources, prestations sociales, hébergement ou logement...) et la facilitation des démarches administratives y compris dématérialisées ;
- L'accompagnement physique lors des démarches, si nécessaire ;
- L'appui pour l'accès aux biens de premières nécessité (alimentation, hygiène).

Le projet décrira de façon argumentée les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement médico-psycho-social et la place accordée à la capacité d'agir de la personne, dans un objectif progressif d'autonomisation et d'éducation pour la santé.

6-4 - Projet d'établissement et projet de vie individualisé

Projet d'établissement

Les candidats établissent un projet d'établissement qui définit les objectifs, les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice des missions.

Projet individualisé

L'accompagnement doit être individualisé en fonction des besoins des personnes et de là où elles se trouvent, le plus souple possible, sans prérequis et obligation d'engagement formalisé, tout en respectant la liberté et les choix des personnes et en soutenant leur pouvoir d'agir. Il n'y a pas d'obligation de formalisation d'un contrat d'accompagnement et d'un projet individualisé mais ces outils peuvent être activés s'ils peuvent servir dans la relation d'aide, de soutien, d'accompagnement, d'autonomisation et de renforcement du pouvoir d'agir.

7. MODALITES D'INTERVENTION, DE COOPERATION ET DE PARTENARIATS

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

- Les établissements de santé et professionnels de santé libéraux et leurs regroupements (CPTS, MSP,...)
- Les établissements médico-sociaux existants accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LAM, LHSS, CSAPA, CAARUD, ESSIP, ACT, etc.) classiques ou mobiles ;
- Les PASS;
- Les équipes mobiles de psychiatrie et notamment de psychiatrie précarité
- Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ;
- Les acteurs de la veille sociale, notamment les maraudes et autres dispositifs d'« aller vers » existants
- Les autres structures, services et dispositifs médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- Les structures intervenant auprès des gens du voyage
- Les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) ainsi que son observatoire départemental de la demande et de la réponse en matière d'hébergement et logement aux personnes sans domicile.
- Les institutions et structures à vocation sociale et d'insertion : centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, centres sociaux, maisons France Service, bailleurs sociaux, centres médico-sociaux, missions locales, acteurs associatifs et mutualistes...
- Les associations réalisant de l'aide alimentaire, du soutien social...

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

Articulation avec le SIAO

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

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

De plus l'EMSP s'engage à :

- Rendre son action lisible auprès des partenaires à l'aide d'un document de communication présentant les modalités d'intervention ;
- Participer aux instances organisées par le SIAO au niveau territorial visant à coordonner le service public de la veille sociale ;
- Intégrer dans la mesure du possible les impératifs de la coordination territoriale pour prévoir ses modalités d'intervention ;
- Rendre visible des phénomènes, alerter sur les dysfonctionnements ; participer à faire remonter les besoins des personnes cumulant précarité et problématiques de santé sur le département ;
- S'inscrire dans les projets locaux de santé et notamment les Contrats Locaux de Santé et Conseils locaux de Santé mentale.

Les modalités d'intervention auprès des publics et des partenaires pourront être variées et adaptées aux besoins (premier contact par téléphone si besoin ; entretiens et visites à domicile/sur le lieu de vie de la personne ou dans tout autre lieu facilitant la rencontre et le lien de confiance ; accueil et accompagnement physique ; permanences chez les partenaires,...).

8. MODALITES D'EVALUATION ET RESPECT DU DROIT DES USAGER-E-S

Le candidat présentera les modalités de fonctionnement propres à garantir les droits des usagers.

En outre, le fonctionnement de l'EMSP devra s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité : dans ce cadre, le dossier précisera les modalités d'évaluation envisagées.

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

- Liste (et répartition par catégories) des adresseurs/orienteurs
- Délais de réponse aux sollicitations des adresseurs/orienteurs ; éventuelle liste d'attente constituée (le cas échéant, nombre de personnes concernées et délai entre premier contact et accompagnement)

- Nombre de personnes différentes rencontrées (avant intégration dans la file active / rencontres avec ou sans suite)
- Lieux des rencontres
- Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année (file active)
- Caractéristiques des personnes accompagnées (lieux de vie et commune concernée/quartier prioritaire de la politique de ville, âge, sexe, pathologies, catégorie socio-professionnelle, situation familiale,...)
- Pourcentage de renouvellement de la file active chaque année
- Durée de l'accompagnement (moyenne et distribution)
- Fréquence et intensité de l'accompagnement (nombre « d'actes » auprès des personnes : rencontre, rendez-vous, accompagnement physique, accompagnement à la réduction des risques, démarches et dossiers....) ;
- Nombre et nature des interventions réalisées (diagnostics médicaux et infirmier, soins infirmiers, prescriptions, dépistages, engagement dans d'une démarche de réduction des risques, orientation vers un dispositif de soins (détailler), orientation vers un dispositif social (détailler), ouverture de droits de santé et dossiers et notamment accompagnement à la prise en main des outils numériques et la dématérialisation (pour hébergement-logement, allocations, reconnaissance de handicap, orientations vers des services ou établissements médico-sociaux...) (détailler), accompagnement(s) physique(s)...
- Nombre et type d'interventions de formation ou de sensibilisation à destination des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social (détailler) visant une meilleure connaissance, prise en compte et orientation des publics cumulant problématiques de santé et de précarité ainsi que leur destigmatisation.
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont SIAO ; nombre de comités de pilotage organisés
- Nombre et répartition des passages de relais / orientations de sortie du dispositif (poursuite ou non du suivi dans l'attente d'une intégration effective dans la structure d'aval)
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées
- Nombre de personnes pour lesquelles des traitements, examens médicaux (analyses biologiques, imagerie), ou transports sanitaires ont dû être pris en charge sur le budget de l'EMSP et coûts correspondants.
- Mise en place et régularité des séances d'analyse de la pratique en interne et d'intervision avec d'autres professionnels de lieux d'écoute ; nombre et qualité des professionnels qui en bénéficient
- Nombre et type de formations continues suivies par les professionnels de l'équipe ; nombre et qualité des professionnels qui en bénéficient

9. LE PERSONNEL

Le projet détaillera le rôle de chacun des professionnels à l'intérieur de l'équipe, les méthodes et l'organisation du travail.

9-1 - Le personnel en EMSP

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

9-2 - Les éléments suivants doivent figurer dans le dossier

- La répartition des effectifs prévus par type de qualification et par catégorie professionnelle (en ETP et en nombre), en distinguant le personnel salarié de la structure et les intervenants extérieurs. Dans la mesure du possible, la structure précisera les noms et qualifications des personnes pressenties pour occuper les fonctions mentionnées.
- Les objectifs, la qualité des intervenants / prestataires extérieurs et les modalités de leurs interventions (nature, valorisation en ETP, coût) seront précisément définis.
- Les missions de chaque catégorie de professionnels.
- Les données sur la mutualisation de certains postes avec d'autres structures et les modalités de mise en œuvre
- Les modalités de management, de coordination et de fonctionnement de l'équipe devront être précisées (organisation du travail, partage de l'information, outils de travail...).
- L'organigramme
- Le planning hebdomadaire type
- Les modalités de remplacement des personnels en cas d'absence
- Les modalités relatives aux astreintes
- La convention collective nationale de travail appliquée
- Le calendrier relatif au recrutement
- Les modalités de supervision des pratiques professionnelles et de soutien de l'équipe pluridisciplinaire (ces aspects étant essentiels dans le cadre de la bientraitance des personnes accueillies par les professionnels).
- Le plan de formation des personnels : il doit prévoir des formations relatives à la promotion de la bientraitance/prévention de la maltraitance, et, en tant que de besoin, des formations spécifiques correspondant aux problématiques des publics accueillis (éducation thérapeutique du patient, pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison...)
- Les délégations de signature et/ou de pouvoirs en cas d'absence ou d'empêchement du directeur

Le projet devra s'articuler autour d'une équipe pluridisciplinaire composée de différents professionnels, détaillée dans le tableau ci-dessous (la liste est indicative, des variantes pourront être proposées par le promoteur).

Catégories professionnelles	Effectifs dédiés à l'EMSP financée via le présent AAP			Moyens mutualisés avec une structure ou un service existant (sans financement supplémentaire)	
	Nombre	ETP	Coût chargé	Nombre	ETP
Directeur					
Chef de service					
Secrétariat / Personnel administratif					
Médecin					
IDE					
Psychologue					
Assistant de service social					
Educateur spécialisé					
Médiateur en santé					
Autres : préciser					
Total général					

10. CADRAGE BUDGETAIRE ET ADMINISTRATIF

10-1 – Cadrage budgétaire

Le budget : la Dotation Globale annuelle de Financement (DGF)

Les EMSP seront financées pour leur fonctionnement, sous forme d'une Dotation Globale annuelle de Financement (DGF), dans les conditions fixées par les articles R174-16-1 à 5 du Code de la Sécurité Sociale.

La DGF est versée sur présentation d'un budget prévisionnel par le gestionnaire, selon le cadre réglementaire normalisé, et à l'issue d'une procédure contradictoire en application des articles R314-4 à 314-27 du CASF.

Les moyens budgétaires attachés à la création de l'EMSP sont gagés au titre des mesures nouvelles 2025 destinées aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

La mise en œuvre de cet EMSP devra s'inscrire dans une enveloppe n'excédant pas en année pleine : 200 000 €.

La dotation allouée par l'ARS vise uniquement le financement du fonctionnement de l'EMSP. Les structures EMSP disposent d'un budget propre.

Les candidats doivent strictement respecter en année pleine le niveau de l'allocation de

l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes. Le non-respect de l'enveloppe financière ne sera pas recevable.

Des financements complémentaires de l'EMSP, notamment par les collectivités territoriales (Département, communautés de communes), via des mises à disposition de personnel ou des subventions, sont possibles notamment pour renforcer l'équipe et faciliter les complémentarités des accompagnements et les orientations.

Les coûts non couverts par la DGF

Les consultations et soins ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale. Il en est de même pour les consultations de spécialistes et les soins dentaires. Ceux-ci devront être pris en charge par l'assurance maladie de la personne soignée.

Avec deux cas de figure :

- Pour les personnes disposant d'une couverture sociale, les médicaments, les examens, les consultations et soins spécialisés, les transports réguliers sont pris en charge par la couverture sociale de la personne.
- Pour les personnes ne disposant d'aucune couverture sociale, les soins réalisés en externe (examens, médicaments...) sont pris en charge, dans l'attente d'une affiliation au titre de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat, par l'établissement. Dès l'ouverture effective des droits au titre de la protection universelle maladie et de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale d'Etat, les actes de soins faits par l'équipe mobile santé précarité (internes et externes) pourront être facturés à la CPAM dans la limite de la nomenclature des actes remboursés par la Sécurité sociale.

L'investissement

Les dépenses relatives à l'acquisition de matériel, de mobilier ou l'aménagement des locaux par exemple ne seront pas couvertes par la dotation pérenne journalière. Il appartiendra au promoteur de mobiliser des fonds associatifs ou de recourir à l'emprunt pour l'équipement des locaux. En fonction de l'opportunité et de la justification du projet, l'ARS pourra étudier un éventuel accompagnement financier par la tarification de crédits non reconductibles spécifiquement fléchés dans la limite de l'enveloppe budgétaire régionale annuelle.

N.B. : Des financements complémentaires pourront être recherchés tant pour le fonctionnement que pour l'investissement.

10-2 – Cadrage administratif

Délai d'installation

Le décret n°2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L313-1 du code de l'action sociale et des familles fixe à quatre ans, à compter de la notification de l'autorisation, le délai à partir duquel l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux est réputée caduque à défaut d'ouverture au public. Un délai plus court peut être fixé par l'arrêté d'autorisation, sauf lorsque le projet de l'établissement ou du service nécessite la construction d'un immeuble bâti ou des travaux sur des constructions existantes soumis à permis de

construire. Ce délai est déterminé en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies, sans pouvoir être inférieur à trois mois (article D313-7-2 du CASF).

Dans le cas présent, l'activité devra débuter au plus tard dans les 4 mois suivant la notification d'attribution.

Le candidat présentera un calendrier prévisionnel pour accomplir les différentes étapes depuis l'obtention de l'autorisation jusqu'à l'ouverture du service.

Durée d'autorisation

En application de l'article L313-1 du CASF, les EMSP seront autorisées pour une durée de quinze ans. Le renouvellement de cette autorisation sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L312-8 du CASF dans les conditions prévues à l'article L313-5 du même code.

Bilan d'activité

Conformément à l'article R314-50 du CASF, un rapport d'activité sera joint au compte administratif envoyé chaque année à l'ARS. Il décrira l'activité et le fonctionnement de l'EMSP pour l'année concernée selon le modèle fourni par la réglementation. La nature, les modalités de recueil et de remontée des indicateurs d'activité auprès de l'ARS sont à décrire dans le dossier de réponse de l'appel à projets.

11. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

Les candidats devront inscrire le fonctionnement de l'EMSP dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, en précisant dans son projet les modalités d'évaluation du dispositif conformément aux dispositions des articles L312-8 et D312-203 et suivants du CASF.

Annexe 2

Critères de sélection de l'appel à projets N°2026 - 26 - EMSP

Création d'une équipe mobile santé précarité (EMSP) dans le département de la Drôme

Rappel des exigences minimales posées par le cahier des charges :

Structure

Equipe mobiles santé précarité (EMSP)

Nombre de places

Une équipe

Localisation et zone d'intervention

Département de la Drôme : Communauté d'agglomération de Montélimar Agglomération et Communauté de communes Drôme Sud Provence

Public accueilli

Des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé.

Ouverture et fonctionnement

Ouverture effective dans les 4 mois suivant la notification d'attribution.

Les EMSP fonctionneront les jours ouvrables de la semaine, a minima du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Budget

Budget contenu dans la limite de 200 000 € (année pleine).

Critères de sélection des projets

1) Critères d'éligibilité

Le critère de complétude du dossier

L'ensemble des documents susmentionnés doit être impérativement joint au dossier de candidature. En cas d'absence d'un ou de plusieurs documents, le dossier ne sera pas instruit techniquement et ne sera pas présenté pour avis à la commission de sélection d'appels à projets.

Les critères de conformité

Il s'agit de critères minimum sur lesquels l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes n'accepte pas de variantes :

- le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux et budget propres aux équipes mobiles médico-sociales) ;
- le territoire d'exercice ;
- le respect des enveloppes financières indiquées.

*Si les critères d'éligibilité sont remplis, la proposition sera évaluée sur le fond.
S'ils ne sont pas remplis, la proposition sera automatiquement rejetée.*

2) Critères d'évaluation du projet

Ils feront l'objet d'une évaluation quantitative par l'attribution d'une note permettant in fine un classement des candidatures.

CRITERES DE SELECTION – MODALITE DE NOTATION :

THEMES	CRITERES	COEFFICIENT	OBSERVATIONS
I - GOUVERNANCE ET PARTENARIATS (24%) 6 points	Expérience du promoteur, cohérence du projet associatif avec les interventions recommandées, connaissance du territoire et des publics cibles	3	
	Coopération/partenariat avec les acteurs locaux sur le projet	3	Diversité et effectivité des partenariats développés en amont et en aval de la prise en charge
II – QUALITE DU PROJET D'ACCOMPAGNE MENT PROPOSE (48%) 12 points	Composition de l'équipe pluridisciplinaire	2	Nombre d'ETP, pluridisciplinarité, coordination, rôle de chacun des professionnels, adéquation du ratio et des compétences avec le projet global, plan de formation, expérience dans la prise en charge du public cible, etc
	Pertinence de l'organisation proposée et fonctionnement	3	Projet d'établissement : . <i>Projet de soins – médical</i> . <i>Projet social et médico-social</i> Projet de vie individualisé Modalités de prévention et de traitement de la maltraitance et des situations de crise et d'urgence, amplitude d'ouverture, etc
	Modalités d'accompagnements proposés et adéquation du projet aux besoins des personnes	2	Description du processus d'admission et de sortie de la structure, préparation de l'entrée des usagers, prestations délivrées, procédures, etc Accueil des proches : participation et soutien de la famille et de l'entourage dans l'accompagnement mis en place, etc
	Garantie des droits des usagers et modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2	2	Projet d'établissement, ensemble des documents issus de la loi du 2 janvier 2002 (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour), participation et expression des usagers
	Stratégie d'amélioration continue de la qualité et modalités d'évaluation des résultats	1	Faisabilité et pertinence des critères d'évaluation proposés
	Périmètre géographique d'intervention et descriptif des locaux et des moyens matériels de mobilité	2	Locaux professionnels Moyens matériels de mobilité
CAPACITE A METTRE EN ŒUVRE LE PROJET (28%) 7 points	Capacité de réalisation du projet dans les délais définis	2	
	Viabilité financière du projet (efficience et mutualisation avec les moyens de la structure existante) et pertinence du budget de fonctionnement	5	
TOTAL		25	

Annexe 3

DECLARATION D'INTENTION DE DEPOT D'UN DOSSIER DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJETS N°2026 - 26- EMSP

Création d'une équipe mobile santé précarité (EMSP) dans le département de la Drôme

A retourner par messagerie à l'adresse suivante : ars-ara-prevention-promotion-sante@ars.sante.fr

Nom de l'organisme candidat :

Statut (association, fondation, société...) :

Date de création :

Personne chargée du dossier :

Adresse postale :

Adresse(s) électronique(s) :

Coordonnées téléphoniques :

N° fax :

Fait à _____, le _____

Signature