

Cahier des charges

Création d'une équipe mobile santé précarité (EMSP) dans le territoire Béarn Soule au sein du département Pyrénées-Atlantiques.

1 IDENTIFICATION DES BESOINS

1-1 Eléments de contexte

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018-2022 se décline en 5 engagements :

- 1/ l'égalité des chances dès les premiers pas pour rompre la reproduction de la pauvreté ;
- 2/ garantir au quotidien les droits fondamentaux des enfants ;
- 3/ un parcours de formation garanti pour tous les jeunes ;
- 4/ vers des droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité ;
- 5/ investir pour l'accompagnement de tous vers l'emploi.

Par ailleurs, le Projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 révisé, qui intègre le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), a pour objectif la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

La stratégie régionale d'accès à la santé des personnes en situation de précarité privilégie l'accès aux dispositifs de droit commun. Cependant, face aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun mobilisés pour le parcours de vie et de santé des personnes précaires, il est parfois nécessaire de recourir à des dispositifs spécifiques.

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

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

Ainsi, la pertinence des nouvelles modalités de prise en charge développées avec les Lits haltes soins santé (LHSS) introduites par le décret du 29 décembre 2020, avec les équipes mobiles santé précarité (EMSP), a été confortée par la crise sanitaire actuelle. Leur déploiement et leur financement dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la Santé, dédiée à la « la lutte contre les inégalités de santé », est une priorité.

Ces dispositifs reposent sur les valeurs communes suivantes :

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

Cette modalité d'« aller vers », qui s'inscrit dans le cadre de La mesure 27 du « Ségur de la santé » visant à prévenir et à lutter contre les inégalités de santé en renforçant l'offre de soins à destination des publics précaires sur l'ensemble du territoire et en assurer un accès facilité, vise ainsi à renforcer :

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

1-2 Cadre juridique

- 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 projet 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 projet 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 projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les dispositions relatives à la procédure d'appel à projet médico-social sont codifiées aux Articles L.313-1 et suivants ; Articles R.313-1 et suivants ; Article D 313-2
- Circulaire DGCS/SD5B n° 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 interministérielle n° DGCS/SD1B/SD5B/DGS/SP2/SP3/DSS/SD1A/2023/170 du 23 octobre 2023

Cadre spécifique EMSP :

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

2 ELEMENTS DE CADRAGE DU PROJET

2-1 Capacité d'accueil

Le présent appel à projets vise à développer une offre d'une EMSP permettant ainsi un renforcement de l'offre de prise en charge médico-psycho-sociale.

2-2 Public cible

Les publics ciblés par ce dispositif sont, quel que soit leur statut administratif :

- Des personnes sans domicile fixe ou sans résidence stable ;
- Des personnes en situation d'urgence sociale ayant des difficultés de santé, hébergées au sein des structures relevant de l'accueil de l'hébergement et de l'insertion (AHI) ou en Foyers de travailleurs migrants (FTM), en appui à la coordination des soins mises en place au sein des structures suivantes;
- Des personnes fréquentant des lieux d'accueil: accueils de jour, Centres Communaux d'Actions Sociales (CCAS), centres de santé, etc ;

- Des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, quel que soit leur lieu de vie, ne bénéficiant pas ou plus d'un accompagnement adapté à leurs besoins en santé (personnes vivant en bidonville, en campements, en squats, personnes en situation de grande précarité au sein de leur logement, 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 hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA)...).

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

2-3 Territoire d'implantation

L'appel à projet est lancé dans le territoire Béarn Soule des Pyrénées-Atlantiques.

L'implantation de l'EMSP : Pau

Rayonnage du projet : une attention particulière sera portée au périmètre géographique des interventions dispensées par l'EMSP. A ce titre, un rayonnage à l'échelle de l'ensemble du territoire du GHT Béarn Soule est attendu par le porteur de projet.

2-4 Portage du projet

L'autorisation sera délivrée à un seul organisme gestionnaire.

Le décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques permet d'établir le fondement juridique pour le déploiement des équipes mobiles santé précarité (EMSP).

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

2-5 Délai de mise en œuvre du projet

Le présent appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en 2024 avec une ouverture au public programmée le 31 mars 2025 au plus tard.

Aussi, le candidat devra présenter un calendrier prévisionnel de la mise en œuvre du projet, intégrant une date prévisionnelle d'ouverture au public et l'ensemble des étapes permettant le démarrage du dispositif.

3 CARACTERISTIQUES DU PROJET

3.1 Modalités de fonctionnement des EMSP et organisation des prises en charge

3.1.1 Missions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Amplitude d'ouverture

En se fondant préalablement sur un diagnostic partagé avec l'ensemble des partenaires, les EMSP peuvent intervenir de jour ou de nuit, plusieurs fois par semaine ou 7 jours sur 7.

3.1.3 Modalités d'intervention

Les équipes mobiles santé précarité peuvent intervenir :

- De leur propre initiative, dans un périmètre géographique identifié dans le projet d'établissement ;
- À la demande et en appui aux professionnels de santé de droit commun ;
- À la demande des gestionnaires ou structures accompagnant ou hébergeant des personnes en situation de précarité et du SIAO ;

- Dans le cadre de programmes mis en place par l'Agence Régionale de Santé ou validés par elle, qu'il s'agisse d'interventions programmées (vaccinations, dépistages), en semi-urgence (bilans de santé) ou avec un caractère d'urgence.

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

3.1.4 Durée de prise en charge

Les équipes mobiles santé précarité 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 dans le cadre de l'activité de l'EMSP.

3.1.5 Sortie du dispositif :

Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des projets de sortie adaptés aux besoins des personnes, dont les critères et les modalités devront être explicités, avec une explicitation des accompagnements à poursuivre par les partenaires.

3.2 Modalités d'évaluation et de mise en œuvre des droits des usagers

3.2.1 La participation de l'utilisateur

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

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

3.2.2 Evaluation et indicateurs de suivi

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

- Nombre de « rencontres » des équipes mobiles : nombre de prises en charge au cours d'une plage d'activité ;
- Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année ;
- Durée de l'accompagnement, fréquence de l'accompagnement pour une seule et même personne ;
- Nature des prestations réalisées (Premiers soins d'aide à la personne, orientation vers un dispositif de soins (détailler), orientation vers un dispositif social (détailler), nombre d'ouverture de droits réalisées (à détailler : démarches entreprises et pour quel(s) droit(s), relance, envois de pièces) accompagnement(s) physique(s)... ;
- Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont SIAO ;
- Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées ;
- Périmètre d'intervention ;
- Public cible ;
- Distance kilométrique parcourue.

3.3 Coopérations et partenariats

Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification

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

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

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

Articulation avec le SIAO

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

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

De plus les équipes mobiles santé précarité s'engagent à :

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

3.4 Moyens humains

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

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

Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima :

- Sage-femme et / ou Infirmier Diplômé d'Etat
- D'un professionnel du travail social.

La coordination de l'EMSP devra être assurée par l'un de ces professionnels.

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

- Un médecin doit être présent dans l'équipe afin de répondre aux sollicitations des équipes en activité.

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

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

Dans l'hypothèse du recrutement d'un temps de sage-femme, il sera attendu une mobilité sur l'ensemble du territoire du GHT Béarn Soule.

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

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

Le projet devra comporter un tableau détaillé présentant les effectifs, en distinguant les différents postes, le nombre d'ETP, ainsi que les dates de recrutement prévisionnel ou à défaut, une présentation de l'échelonnement des recrutements tenant compte des différentes étapes de mise en œuvre.

La qualité des intervenants extérieurs ainsi que les objectifs et les modalités de leurs interventions (nature, valorisation en ETP, coût) sont à préciser.

Il est demandé au candidat de justifier des recherches qu'il aura effectuées pour rendre effectifs les recrutements envisagés dans le respect du calendrier indiqué dans le présent cahier des charges.

Le plan de formation prévisionnel sera obligatoirement annexé au projet. Il est nécessaire que les professionnels de l'équipe soient sensibilisés et/ou formés spécifiquement à l'accompagnement en santé des publics en grande précarité (refus de soins, repérage et conduite devant une situation de conduites addictives, de difficultés de santé mentale...) et aux outils et approches qui visent une recherche d'autonomie en santé (réduction des risques, remédiation cognitive, éducation thérapeutique...).

Les modalités de management et de coordination des professionnels devront être précisées et un organigramme joint.

Une supervision des pratiques professionnelles et un soutien de l'équipe devront être proposés.

Les dispositions salariales applicables au personnel devront être mentionnées : convention collective nationale appliquée, délégations de signature et/ou de pouvoirs en cas d'absence ou d'empêchement du directeur, modalités de remplacement des personnels en cas d'absence.

Le projet tiendra compte des obligations relatives aux modalités de délégation et au niveau de la qualification des professionnels chargés de la direction de l'établissement, et ce conformément aux articles D 312-176-5 à 10 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

3.5 Cadrage budgétaire

Les LHSS mobile, EMSP ou LHSS de jour sont financés par une dotation globale estimée sur la base de la composition de l'équipe, du nombre de personnes suivies, des modalités d'intervention et des besoins sanitaires et sociaux de ces personnes, dont les situations sont complexes et les prises en charge souvent chronophages, en l'occurrence de 150 000 € pour le présent AAP.

Il est recommandé que le dossier financier d'une structure qui répondrait à un appel à projet en vue de la création d'une EMSP comporte :

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

A Bordeaux, le 12 AVR. 2024

La Directrice de la protection de la santé et de
l'autonomie,



Julie DUTAUZIA

ANNEXE 1 : Critères de sélection et modalités de notation (EMSP)

Thèmes	Critères	Coefficient pondérateur	Cotation (1 à 5)	Total
Implantation	Couverture territoriale adaptée	1		
Capacité à mettre en œuvre le projet	Capacité à respecter les délais, calendrier	1		
	- Expérience du promoteur, connaissance du champ social ou au champ médico-social - Cohérence du projet et des modalités de gouvernance avec les prestations attendues, - Connaissance du territoire et des publics cibles	5		
	- Projet co-construit avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire, implication locale du promoteur dans les réseaux de partenariat	6		
Qualité du projet	Ouverture à l'ensemble des publics visés par le dispositif (diversité des pathologies et des profils)	5		
	- Modalités d'évaluation des besoins et d'intervention de l'équipe - Continuité des soins, y compris d'urgence, week-end et jours fériés	5		
	- Qualité de la réponse aux besoins de santé, psychologiques et sociaux des personnes : projet individualisé, adaptation des modalités d'accompagnement du public / durée de prise en charge	6		
	- Méthode d'évaluation du dispositif/ indicateurs	2		
Droits de l'utilisateur	- Respect du projet de vie et des droits des personnes accueillies: modalités de mise en place des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002	4		
Moyens humains et financiers	- Ressources humaines : adéquation du ratio et des compétences avec le projet global (qualification, pluridisciplinarité et encadrement de l'équipe), formation et soutien / supervision.	5		
	- Projet financier : cohérence du budget prévisionnel et respect du budget	5		
	Total	45	15	225

Le classement des projets sera fonction du nombre des points obtenus (cotation de 1 à 5) et application du coefficient pondérateur indiqué pour chacun des critères.

ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS DEVANT ETRE TRANSMIS PAR LE CANDIDAT
(Article R. 313-4-3 du code de l'action sociale et des familles)

1) Concernant la candidature

- a) Les documents permettant l'identification du candidat, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé,
- b) La copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce,

2) Concernant la réponse au projet

- a) Un document de 6 pages (sans annexes) permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges : le choix de l'implantation retenue, l'évaluation des besoins identifiés, les délais de mise en œuvre, l'organisation et l'évaluation du dispositif, ainsi que les partenariats envisagés devront être exposés ;
- b) Selon la nature de la prise en charge ou en tant que de besoin, un dossier descriptif aux exigences architecturales comportant :
 - Un/des plans du projet architectural décrivant avec précision l'implantation, la surface et la nature des locaux en fonction de leur finalité et du public accueilli ou accompagné ;
 - en cas de construction nouvelle, des plans prévisionnels qui peuvent, conformément à la réglementation qui leur est applicable, ne pas être au moment de l'appel à projet obligatoirement réalisés par un architecte ;
- c) Un dossier financier comportant :
 - Un budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement, conformément au modèle type téléchargeable dans l'application « *démarches simplifiées* » ;
 - le programme prévisionnel d'investissement, si nécessaire, précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation ;
- d) Concernant les moyens humains :
 - Le projet devra comporter un tableau détaillé présentant les effectifs ;
 - Le plan de formation prévisionnel.

Annexe 3 – indicateurs de suivi

<p>Nombre de « rencontres » des équipes mobiles dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations IDE - Consultations sage-femme - Consultation médecin - Entretien assistante sociale 	
Nombre de personnes différentes suivies au cours de l'année (détailler nb de femmes, d'hommes, et nb de mineurs) ;	
Durée de l'accompagnement, fréquence de l'accompagnement pour une seule et même personne ;	
Nature des prestations réalisées : (diagnostic infirmier, soins infirmiers, orientation vers un dispositif de soins (détailler), orientation vers un dispositif social (détailler), nombre d'ouverture de droits réalisées (à détailler : démarches entreprises et pour quel(s) droit(s), relance, envois de pièces) accompagnement(s) physique(s)... ;	
Conventions de partenariats/protocoles de fonctionnement instaurés avec les différents organismes du territoire dont SIAO ;	
Nombre de prestations d'interprétariat sollicitées ;	
Périmètre d'intervention ;	
Public cible ;	
Distance kilométrique parcourue ;	
Secteurs géographiques couverts ;	
Nombre de permanence et de consultations « hors les murs » :	