

APPEL A PROJET (AAP)

ARS/DAOSS/DCT n°971-2025-06-18-00003

POUR LA CREATION D'UNE EQUIPE MOBILE SANTE PRECARITE (EMSP) INTERVENANT AUPRES DE PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES

Territoire : Collectivité de Saint-Martin

CRITERES DE SELECTION *(Annexe 2)*

THEMES	CRITERES	Cotation	
Implantation	Zone d'implantation / Couverture territoriale adaptée	10	10
Capacité à mettre en œuvre le projet	Expérience du promoteur (connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge)	20	60
	Cohérence du projet et des modalités de gouvernance avec les prestations attendues		
	Connaissance du territoire et des publics cibles	40	
	Projet co-construit avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, et sociaux du territoire, implication locale du promoteur dans les réseaux de partenariats		
	Nature et modalités des partenariats garantissant la continuité des parcours.		
Qualité du projet	Ouverture à l'ensemble des publics visés par le dispositif (diversité des pathologies et des profils)	10	40
	Modalités d'évaluation des besoins et intervention de l'équipe	10	
	Continuité des soins, y compris d'urgence, week-end et jours fériés		
		Qualité de la réponse aux besoins de santé, psychologiques et sociaux des personnes : projets	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



	individualisés, adaptation des modalités d'accompagnement du public/ durée de prise en charge		
Droits des usagers	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	40	40
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	40	50
	Projet financier : cohérence du budget prévisionnel et respect du budget	10	
TOTAL		200	200

APPEL A PROJET (AAP)

ARS/DAOSS/DCT n°971-2025-06-18-00003

POUR LA CREATION D'UNE EQUIPE MOBILE SANTE PRECARITE (EMSP) INTERVENANT AUPRES DE PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES

Territoire : Collectivité de Saint-Martin

DECLARATION D'INTENTION DE DEPOT D'UN DOSSIER (Annexe 3)

A retourner par messagerie aux adresses suivantes :
ars971-dct@ars.sante.fr et suzy.denin@ars.sante.fr

Date limite de dépôt : 15 juillet 2025

PRÉSENTATION DU CANDIDAT

Nom de l'organisme candidat :	
Statut (association, fondation etc...) :	
Numéro FINESS Juridique :	
Date de création :	
Adresse :	
Représentant légal :	
Président :	
Directeur :	
Personne à contacter dans le cadre de cet AMI (adresse, e-mail et téléphone)	
Siège social si différent :	

Fait à _____, le _____

Signature