



PRÉFET  
DE LA RÉGION  
GRAND EST

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



*Édition spéciale du 15 septembre 2025*



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
GRAND EST**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

**ÉDITION SPÉCIALE DU 15 SEPTEMBRE 2025**

### AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

**Avis d'appel à projet** relatif à la création de 5 places de Lits Halte Soins Santé en Grand Est.

**Avis d'appel à projet** relatif à la création de 3 équipes mobiles de Lits Halte Soins Santé ou Equipes Mobiles Santé Précarité en Grand Est.

**Avis d'appel à projet** relatif à la création de 20 places de Lits Halte Soins Santé Périnatalité en Grand Est.

**ARRÊTÉ ARS Grand Est n° 2025-2684** modifiant l'arrêté ARS n°2024-3230 du 02/09/2024 instituant la composition des membres de la commission d'interrégion Nord-Est compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long des études d'odontologie et au troisième cycle des études de médecine

**Avis d'appel à projet relatif à la création de 5 places de Lits Halte Soins Santé en Grand Est.**

1. Objet de l'appel à projet

L'appel à projets (AAP) porte sur la création de 5 places de Lits halte soins santé (LHSS).

L'Agence Régionale de Santé Grand-Est est compétente en vertu de l'article L.313-3 b du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour délivrer une autorisation et lancer un appel à projet pour la création de places de LHSS, relevant de l'article L 312-1-1 du CASF.

Cet appel à projet vise à améliorer la couverture territoriale des LHSS, et plus particulièrement de doter les territoires non couverts par ce type de structure.

2. Cahier des charges

Le cahier des charges de l'appel à projet fait l'objet de l'annexe 1 du présent arrêté, et sera téléchargeable sur le site de l'Agence Régionale de Santé Grand Est dans la rubrique « appel à projet et candidature » à l'adresse suivante :

<https://ars.grand-est.sante.fr>

Sur demande auprès du service en charge de l'appel à projet, le cahier des charges pourra également être transmis par mail ou par courrier dans un délai de 8 jours suivant la demande.

3. Critères de sélection, documents à fournir et modalités d'instruction des projets

Afin de garantir le principe d'égalité de traitement et de transparence des procédures, les critères de sélection et les modalités de cotation des projets font l'objet de l'annexe 2 de l'avis d'appel à projet et les documents à fournir de l'annexe 3.

Les projets déposés seront analysés par les Délégations départementales ARS Grand Est (services instructeurs). Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt fixée au 15 novembre 2025 ne seront pas recevables (le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt faisant foi).

La vérification des dossiers reçus à la date de clôture de la période de dépôt s'effectuera en 3 étapes :

- 1) Vérifier la régularité administrative et la complétude du dossier conformément aux articles R313-5 et suivants du CASF
- 2) Vérifier la conformité et l'éligibilité du projet au regard des critères définis dans le cahier des charges
- 3) Analyser et évaluer les dossiers en fonction des critères de sélection (annexe 2 du présent arrêté).

Les services instructeurs établiront un compte-rendu d'instruction motivé sur chacun des projets complets et proposeront un classement selon les critères de sélection.

Les projets seront examinés par la Commission d'information de sélection dont la composition sera fixée par décision du DG ARS.

Cette Commission établira un classement qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture Grand-Est et diffusée sur le site internet de l'ARS Grand Est.

La décision d'autorisation du Directeur Général de l'ARS Grand Est sera publiée selon les mêmes modalités, elle sera notifiée aux candidats retenus par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'aux autres candidats individuellement.

**La clôture de l'appel à projet est fixée au 15 novembre 2025.**

#### 4. Modalités de dépôt des réponses

Le dossier de candidature sera composé d'une unique version électronique à transmettre à l'adresse mail suivante :

[ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

La date limite de réception des dossiers est fixée au **15 novembre 2025**.

#### 5. Composition du dossier

Conformément à l'article R.313-4-3 du CASF, le dossier devra comporter les éléments suivants :

- Concernant la candidature
  - les documents permettant l'identification du promoteur, notamment un exemplaire de ses statuts si c'est une personne morale de droit privé.
  - une déclaration sur l'honneur du candidat certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du CASF
  - une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune procédure mentionnée aux articles L.3131-16, L.331-5, L.471-3, L.472-10, L.472-2 ou L.474-5.
  - une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code du commerce.
- Concernant son projet :
  - tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
  - un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel ;
  - le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;
  - dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

L'ouverture des dossiers de candidature aura lieu à l'expiration du délai de réception des réponses.

#### 6. Calendrier

Date de publication de l'appel à projet	15 septembre 2025
Date limite de réception des dossiers de candidature	15 novembre 2025
Date indicative de la réunion de la commission d'information et de sélection	2 décembre 2025
Date limite de notification de l'autorisation et information aux candidats non retenus	31 décembre 2025
Date prévisionnelle d'ouverture des places	2 <sup>ème</sup> trimestre 2026

7. Précisions complémentaires

Les candidats peuvent demander à l'ARS Grand Est des compléments d'informations avant le 7 novembre 2025 exclusivement par messagerie électronique à l'adresse suivante :

[ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

Publication et modalités de consultation du présent avis

L'avis d'appel à projet sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région et sera annoncé sur le site internet de l'ARS Grand Est.

Fait à Nancy, le

La Directrice Générale ARS GE

## ANNEXE 1

### **CAHIER DES CHARGES**

#### **Appel à projet relatif à la création de 5 places de Lits Halte Soins Santé (LHSS) en région Grand Est**

#### **I. Cadre juridique :**

##### **1. Cadrage 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
- 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 CASF
- 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 (CASF)
- 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
- 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

##### **2. Cadrage spécifique pour les LHSS**

- Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé LHSS » et « lits d'accueil médicalisés LAM »
- Code de l'action sociale et des familles (CASF) : article D312-176-1
- Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »

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 de ces lits ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre. Tout projet déposé devra respecter les textes ci-dessus référencés.

#### **II. Présentation du besoin à satisfaire**

Les Lits Halte Soins Santé accueillent des personnes majeures sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Les LHSS ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.

En région Grand est, au 1<sup>er</sup> septembre 2025, il existe 234 places de Lits Halte Soins Santé ouvertes, réparties comme suit :

- 12 places dans les Ardennes
- 21 places dans l'Aube
- 14 places dans la Marne
- 34 places dans la Haute Marne
- 22 places en Meurthe et Moselle
- 6 places dans la Meuse
- 36 places en Moselle
- 41 places dans le Bas-Rhin
- 34 places dans le Haut-Rhin
- 14 places dans les Vosges

**Cet appel à projet visera à compléter l'offre existante dans le Département de la Meuse.**

### III. Eléments de cadrage du projet

#### 1) Capacité

L'appel à projet porte sur la création d'un total de 5 places de Halte Soins Santé.

Les candidats peuvent répondre par un projet d'extension.

#### 2) Territoire d'implantation

Les places LHSS prendront en charge des usagers de l'ensemble du territoire régional.

#### 3) Portage du projet

La capacité est non sécable.

#### 4) La capacité à faire et l'expérience du promoteur

Le candidat apportera des informations sur :

- Son projet associatif ou projet de gouvernance
- Ses connaissances du public et expériences antérieures
- Son organisation (structuration, dépendance vis-à-vis d'autres structures)
- Sa situation financière (bilans et compte de résultat)
- Son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité
- Son équipe de direction (qualifications, tableau d'emploi de direction)

#### 5) Délai de mise en œuvre

Le présent appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en janvier 2026 avec prévision d'ouverture au 2<sup>ème</sup> trimestre 2026. Il est demandé au promoteur de présenter **un calendrier prévisionnel du projet** précisant les étapes clés et les délais amenant à l'installation effective des places.



#### IV. Objectifs et caractéristiques du projet

##### 1) Modalités de fonctionnement des LHSS et organisation des prises en charge

###### A) Public cible

Conformément au décret du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des LHSS, ces structures accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, ne pouvant être pris en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Dans la mesure où l'accueil en LHSS constitue une situation transitoire, seule la personne concernée est accueillie, le droit de visite devant être garanti. Cependant pour éviter les séparations, les accompagnants (conjoint/enfant) peuvent, à titre exceptionnel, être également accueillis.

Dans la mesure du possible, la structure prévoit un mode d'accueil des animaux accompagnants.

###### B) Amplitude d'ouverture

Le LHSS fonctionnera sans interruption 7 jours/7 et 24h/24.

###### C) Durée de séjour

Comme indiqué dans la circulaire du 11 janvier 2016, la durée prévisionnelle du séjour est au maximum de 2 mois. Cette durée est renouvelable autant de fois que de besoin, en fonction de l'état sanitaire de la personne.

###### D) Missions et Services offerts

Les structures LHSS ont pour missions :

- De proposer ou de dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies,
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel

Elles peuvent également assurer des missions complémentaires et, à ce titre, proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés aux personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dans le cadre d'activités réalisées au sein du site de la structure « lits halte soins santé » ou en dehors de celui-ci. Elles réalisent à ce titre un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies.

Les places LHSS devront offrir les services suivants :

- De l'hébergement, de la restauration et de la blanchisserie
- Des soins paramédicaux et médicaux
- Des examens nécessaires au diagnostic et au suivi thérapeutique
- La délivrance de produits pharmaceutiques en vente libre se fait gracieusement aux personnes accueillies. Pour les médicaments, autres produits de santé et prestations de service soumis à prescription médicale, des ordonnances nominatives sont réalisées par le médecin responsable des LHSS

#### E) Conventionnement et partenariat

Les structures LHSS signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques qui précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements. Ces structures peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés pour réaliser les actions ne pouvant être entrepris par ses personnels.

Le projet doit tenir compte des particularités du département. Pour faciliter les relais et une prise en charge globale et coordonnée des personnes, la structure doit s'insérer dans un travail en réseau. A ce titre, l'ensemble des partenariats et des coopérations envisagées sont à décrire dans le projet (identification des partenaires, modalités des collaborations, état d'avancement de leur formalisation à la date du dépôt du projet). Des conventions pourront être formalisées.

#### F) Admission et sortie

L'orientation vers les LHSS est réalisée par un professionnel de santé. L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable des LHSS qui évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne et la pertinence médicale de son admission. Le refus d'admission est motivé.

En cas d'admission, un document individuel de prise en charge est établi (article L311-4 CASF).

La sortie est soumise à avis médical, après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire de la structure. Le travail en réseau doit permettre d'élaborer des parcours de sortie vers une structure ou une prise en charge adaptée à la situation de la personne.

#### G) Individualisation de l'accompagnement

La prise en charge sanitaire et l'accompagnement social doivent être individualisés ; tout comme le projet de sortie qui doit notamment prévoir la recherche de solution de relogement ou d'hébergement à la sortie de la structure. Une attention particulière devra être portée à la sortie du dispositif.

#### H) Modalités de structuration

La structure LHSS devra comporter au moins :

- Une salle de soin avec une armoire sécurisée et un coffre
- Un cabinet médical avec point d'eau

- Un lieu de vie et de convivialité
- Un office de restauration
- Un lavabo et un cabinet de toilette par chambre et une douche pour 5 personnes accueillies

S'agissant de l'hébergement, l'accueil dans une structure « lits halte soins santé » se fait en chambre individuelle. Toutefois, la structure peut être autorisée à déroger à cette règle dans la limite de 3 lits par chambre maximum, dès lors que les conditions d'hygiène, de fonctionnalité des soins et d'intimité des personnes accueillies sont respectées. Les locaux devront permettre l'accueil des personnes à mobilité réduite, conformément à la réglementation en vigueur. Ils doivent être situés sur un site unique à proximité des lieux de soin et bien intégrés dans la cité afin de favoriser, autant que possible, l'insertion et la vie sociale des personnes hébergées. Les locaux devront être situés dans un endroit facile d'accès en transports en commun.

Le candidat précisera le lieu d'implantation de la structure et son environnement, ainsi que la nature des locaux. Un plan de situation et un plan des locaux seront joints au dossier, avec une description de l'organisation des espaces hébergement et bureaux.

## **2) Personnels et aspects financiers**

### **A) Le personnel**

Les structures LHSS seront gérées par un directeur et du personnel administratif et disposeront d'une équipe pluridisciplinaire, composé d'au moins un médecin responsable, des infirmiers, des travailleurs sociaux et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien.

Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs.

La mutualisation des personnels de plusieurs structures peut être organisée dans le cadre de la coordination des établissements.

**Les effectifs de personnel seront traduits en équivalents temps plein (ETP) sous forme de tableaux détaillés qui préciseront les quotités de travail et les ratios de personnel.**

Les modalités de management et de coordination des professionnels devront être précisées ainsi que les objectifs et les modalités d'intervention des prestataires extérieurs.

### **B) Cadrage financier**

Le financement des LHSS est assuré par une dotation globale définie sur la base d'un forfait par lit et par jour.

Cette dotation couvre les soins, l'accueil, les prestations d'hébergement, de restauration et le suivi social des personnes accueillies

Il est prévu un prix de journée de 126.68 € (base 2025) par jour par lit soit un budget annuel de 46 238, 20 € par lit.

## V. Evaluation et suivi

Le projet doit prévoir et justifier des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs qui permettront a minima de mesurer :

- L'adéquation du projet entre l'offre et les besoins de la population
- La qualité de la prise en charge des personnes
- Les besoins non couverts par le dispositif
- L'inscription du dispositif dans un travail en réseau et la qualité des partenariats et des coopérations mis en place

Il doit également définir :

- Un calendrier d'évaluation
- Les modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et calendrier d'évaluation (interne et externe)
- Les modalités de recueil des critères d'évaluation proposés

**ANNEXE 2**

**CRITERES DE SELECTION – MODALITE DE NOTATION**

THEMES	CRITERES	Coefficient pondérateur /20	Total	Commentaires/ appréciations
Zone d'implantation prioritaire	Département visé par l'appel à projet	2		
Capacité de mise en œuvre	Capacité de réalisation du projet dans les délais définis	3		
	Maturité du projet (ressources humaines, coopération...)	2		
	Qualité de l'évaluation	1		
Qualité du projet	Composition de l'équipe pluridisciplinaire, mutualisation des moyens humains	3		
	Localisation des lits, conditions d'installation, mutualisation des moyens matériels	2		
	Coopération/parteneriat avec les établissements des secteurs sanitaires, social, médico-social	2		
	Adéquation du projet aux besoins des personnes prises en charge	1		
	respect du projet de vie et des droits des personnes accueillies	2		
Aspect financier	Viabilité financière du projet et pertinence du budget de fonctionnement	3		

### ANNEXE 3 :

#### DOCUMENTS A FOURNIR

Les documents à transmettre à l'appui de votre dossier de candidature sont :

- Identification du promoteur :
  - o Forme juridique, statuts
  - o Projet associatif et/ou d'établissement
  - o Expériences antérieures auprès des publics en situation de précarité
  - o Organisation
  - o Activités dans le domaine médico-social
  - o Eléments de comptabilité analytique
- Caractéristiques du projet :
  - o Localisation : zone d'implantation, plan des locaux
  - o Modalités de mise en œuvre du respect du droit des usagers
  - o Procédure d'évaluation
  - o Coopération et partenariat envisagées
  - o Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Qualifications et expérience des professionnels et expertises internes ou externes qu'il prévoit d'impliquer :
  - o Présentation prévisionnelle des effectifs en ETP par type de qualification **sous forme de tableau**
  - o Projet d'organigramme
- Dossier financier :
  - o Compte annuel consolidé de l'organisme gestionnaire
  - o Plan de financement de l'opération pour laquelle l'autorisation est sollicitée
  - o Budget prévisionnel en année pleine de l'établissement pour sa 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement.

Signé électroniquement  
Agence Régionale de Santé GRAND EST  
La Directrice Générale,  
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL  
Nancy le 11/09/2025





**Avis d'appel à projet relatif à la création de 3 équipes mobiles de Lits Halte Soins Santé ou Equipes Mobiles Santé Précarité en Grand Est.**

1. Objet de l'appel à projet

L'appel à projets (AAP) porte sur la création de 3 équipes mobiles de Lits halte soins santé (LHSS mobiles) ou d'Equipe Mobile Santé Précarité (EMSP) ; celui-ci correspond aux mesures nouvelles accordées par la campagne budgétaire PEDS 2025.

L'Agence Régionale de Santé Grand-Est est compétente en vertu de l'article L.313-3 b du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour délivrer une autorisation et lancer un appel à projet pour la création de LHSS mobiles, relevant de l'article L 312-1-1 du CASF.

Cet appel à projet vise à améliorer la couverture territoriale des dispositifs « d'aller-vers » en Grand Est.

2. Cahier des charges

Le cahier des charges de l'appel à projet fait l'objet de l'annexe 1 du présent arrêté, et sera téléchargeable sur le site de l'Agence Régionale de Santé Grand Est dans la rubrique « appel à projet et candidature » à l'adresse suivante :

<https://ars.grand-est.sante.fr>

Sur demande auprès du service en charge de l'appel à projet, le cahier des charges pourra également être transmis par mail ou par courrier dans un délai de 8 jours suivant la demande.

3. Critères de sélection, documents à fournir et modalités d'instruction des projets

Afin de garantir le principe d'égalité de traitement et de transparence des procédures, les critères de sélection et les modalités de cotation des projets font l'objet de l'annexe 2 de l'avis d'appel à projet et les documents à fournir de l'annexe 3.

Les projets déposés seront analysés par les Délégations départementales ARS Grand Est (services instructeurs). Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt fixée au **15 novembre 2025**, ne seront pas recevables (le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt faisant foi).

La vérification des dossiers reçus à la date de clôture de la période de dépôt s'effectuera en 3 étapes :

- 1) Vérifier la régularité administrative et la complétude du dossier conformément aux articles R313-5 et suivants du CASF
- 2) Vérifier la conformité et l'éligibilité du projet au regard des critères définis dans le cahier des charges
- 3) Analyser et évaluer les dossiers en fonction des critères de sélection (annexe 2 du présent arrêté).

Les services instructeurs établiront un compte-rendu d'instruction motivé sur chacun des projets complets et proposeront un classement selon les critères de sélection.



Les projets seront examinés par la Commission d'information de sélection dont la composition sera fixée par décision du DG ARS.

Cette Commission établira un classement qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture Grand-Est et diffusée sur le site internet de l'ARS Grand Est.

La décision d'autorisation de Directrice Générale de l'ARS Grand Est sera publiée selon les mêmes modalités, elle sera notifiée aux candidats retenus par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'aux autres candidats individuellement.

**La clôture de l'appel à projet est fixée au 15/11/2025.**

#### 4. Modalités de dépôt des réponses

Le dossier de candidature sera composé d'une unique version électronique à transmettre à l'adresse mail suivante : [ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

Les pièces du dossier ne doivent pas dépasser les 8 Mo.

La date limite de réception des dossiers est fixée au **15/11/2025**.

#### 5. Composition du dossier

Conformément à l'article R.313-4-3 du CASF, le dossier devra comporter les éléments suivants :

- Concernant la candidature
  - les documents permettant l'identification du promoteur, notamment un exemplaire de ses statuts si c'est une personne morale de droit privé.
  - une déclaration sur l'honneur du candidat certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du CASF
  - une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune procédure mentionnée aux articles L.3131-16, L.331-5, L.471-3, L.472-10, L.472-2 ou L.474-5.
  - une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code du commerce.
- Concernant son projet :
  - tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
  - un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel ;
  - le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;
  - dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

L'ouverture des dossiers de candidature aura lieu à l'expiration du délai de réception des réponses.

## 6. Calendrier

Date de publication de l'appel à projet	15 septembre 2025
Date limite de réception des dossiers de candidature	15 novembre 2025
Date indicative de la réunion de la commission d'information et de sélection	2 décembre 2025
Date limite de notification de l'autorisation et information aux candidats non retenus	31 décembre 2025
Date prévisionnelle d'ouverture des places	2 <sup>ème</sup> trimestre 2026

## 7. Précisions complémentaires

Les candidats peuvent demander à l'ARS Grand Est des compléments d'informations avant le 7 novembre 2025 exclusivement par messagerie électronique à l'adresse suivante :

[ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

### Publication et modalités de consultation du présent avis

L'avis d'appel à projet sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région et sera annoncé sur le site internet de l'ARS Grand Est.

Fait à Nancy, le

La Directrice Générale ARS GE

## ANNEXE 1

### CAHIER DES CHARGES

Appel à projet relatif à la création de 3 équipes mobiles de Lits Halte Soins Santé (LHSS mobiles) ou d'Equipes Mobiles Santé Précarité (EMSP) en région Grand Est

#### **I. Cadre juridique :**

##### 1. Cadrage 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
- 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 CASF
- 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 (CASF)
- 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
- 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 médicosociaux

##### 2. Cadrage spécifique pour les LHSS

- Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé LHSS » et « lits d'accueil médicalisés LAM »
- Code de l'action sociale et des familles (CASF) : article D312-176-1
- Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »
- Décret n°2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Le présent cahier des charges, établi conformément aux dispositions de l'article R.313-3 du CASF, a pour objectif de définir les conditions de création de ces LHSS mobiles ou de ces EMSP ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre. Tout projet déposé devra respecter les textes ci-dessus référencés.

#### **II. Présentation du besoin à satisfaire**

Les « Lits Halte Soins Santé » mobiles et les Equipes Mobiles Santé Précarité permettent d'aller à la rencontre des 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.

En région Grand est, au 1<sup>er</sup> septembre 2025, il existe **10 équipes de Lits Halte Soins Santé mobiles** ouvertes, réparties comme suit :

- 1 équipe dans l'Aube
- 1 équipe dans la Haute Marne
- 2 équipes en Meurthe et Moselle
- 3 équipes en Moselle
- 1 équipe dans le Bas-Rhin
- 1 équipe dans le Haut-Rhin
- 1 équipe dans les Vosges

En région Grand Est, au 1<sup>er</sup> septembre 2025, il existe **6 équipes mobiles santé précarité (EMSP)**, réparties comme suit :

- 1 équipe dans l'Aube
- 1 équipe dans la Marne
- 2 équipes en Meurthe et Moselle
- 1 équipe dans la Moselle
- 1 équipe dans les Vosges

Cet appel à projet visera à améliorer la couverture territoriale des dispositifs « d'aller-vers » et à compléter l'offre existante dans la région Grand-Est.

Il est ouvert pour les **départements 54, 67 et 68**

### III. **Éléments de cadrage du projet**

#### 1) **Capacité**

L'appel à projet porte sur la création d'équipes mobiles de Lits Halte Soins Santé ou d'équipe mobile santé précarité.

Les LHSS « mobiles » sont directement rattachés juridiquement à une structure médico-sociale gestionnaire de LHSS et bénéficiant de la même autorisation de fonctionnement.

Les EMSP sont des structures (ESMS) autonomes, non rattachées à une structure médico-sociale ou sociale préexistante et peuvent répondre par des projets de création ex-nihilo.

#### 2) **Territoire d'implantation**

L'appel à projet est lancé en priorité sur le territoire nord de la Meurthe et Moselle,

#### 3) **La capacité à faire et l'expérience du promoteur**

Le candidat apportera des informations sur :

- Son projet associatif ou projet de gouvernance
- Ses connaissances du public et expériences antérieures
- Son organisation (structuration, dépendance vis-à-vis d'autres structures)
- Sa situation financière (bilans et compte de résultat)
- Son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité
- Son équipe de direction (qualifications, tableau d'emploi de direction)

#### 4) Délai de mise en œuvre

Le présent appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en janvier 2026 avec prévision d'ouverture au 2<sup>ème</sup> trimestre 2026. Il est demandé au promoteur de présenter un **calendrier prévisionnel du projet** précisant les étapes clés et les délais amenant à l'installation effective des places.

### IV. Objectifs et caractéristiques du projet

#### 1) Modalités de fonctionnement des LHSS mobiles/EMSP et organisation des prises en charge

##### A) Public cible

**LHSS mobile :** Conformément au décret du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des LHSS ces structures peuvent également assurer des missions complémentaires et, à ce titre, proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés aux personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, dans le cadre d'activités réalisées en dehors de la structure.

**EMSP :** Conformément au décret du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, ces équipes assurent la prise en charge de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, sur leur lieu de vie habituel, y compris dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les publics ciblés par ce dispositif de LHSS mobiles et 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 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 : accueil 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-sociale ou de continuité des accompagnements effectués en détention, personnes hébergées dans le Dispositif National d'Accueil (DNA), etc.)

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.

#### B) Amplitude d'ouverture

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

#### C) Durée de séjour

Les LHSS « mobiles » et 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.

#### D) Services offerts

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 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 à d'éducation thérapeutique
- 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.

A travers ces activités et missions, **des actions de médiation en santé doivent être intégrées dans l'élaboration du projet**. Ces actions devront répondre aux exigences définies par la Haute Autorité de santé dans son référentiel publié en octobre 2017 « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » (cf. annexe 4).

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

Dans le cadre de ses missions d'amont, les LHSS mobiles peuvent proposer une orientation en LHSS. Dans le cadre de ses missions d'aval, les LHSS mobiles peuvent proposer une poursuite de l'accompagnement de la personne à sa sortie du LHSS, quelle qu'en soit la nature.

Ils peuvent mobiliser les ressources médicales du LHSS si nécessaire, notamment en l'absence de médecin traitant. Les équipes doivent être dimensionnées de façon adaptée, notamment en ressources médicales, lorsqu'elles assurent une telle mission, l'objectif restant d'accompagner les personnes vers les dispositifs de droit commun, y compris la médecine de ville.

#### E) Coopération et partenariat

Le projet doit tenir compte des particularités du département. Pour faciliter les relais et une prise en charge globale et coordonnée des personnes, la structure doit s'insérer dans un travail en réseau. A ce titre, l'ensemble des partenariats et des coopérations envisagées sont à décrire dans le projet (identification des partenaires, modalités des collaborations, état d'avancement de leur formalisation à la date du dépôt du projet). Des conventions pourront être formalisées.

#### **Articulation avec les dispositifs existants au niveau de la planification**

Dans la limite des missions définies dans le cadre du projet d'établissement, les LHSS « mobiles » et les EMSP, doivent veiller à l'articulation et à la complémentarité avec les dispositifs existants, en particulier les dispositifs mobiles s'adressant aux publics précaires ou en situation de grande exclusion (PASS mobiles, Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité, ACT « hors les murs », maraudes sociales, CAARUD, CSAPA, EMPP, etc.).

Par ailleurs, le projet doit être complémentaire de l'offre de soins et l'offre sociale existante :

- Les établissements de santé et professionnels de santé libéraux ;
- Les dispositifs d'aide à la coordination des soins ;
- Les acteurs de la veille sociale, notamment les maraudes et autres dispositifs d'aller vers existant
- 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 structures à vocation sociale : centres d'action sociale et communale, centres sociaux, bailleurs sociaux, acteurs associatifs...

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 LHSS « mobiles » et EMSP 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 ses modalités d'intervention ;
- Rendre visible des phénomènes, alerter sur les dysfonctionnements.

#### **F) Modalités d'intervention**

L'ARS GE veillera, en liens étroits avec la DREETS, à garantir une couverture territoriale cohérente.

Les modalités d'intervention sont à adapter en fonction des besoins identifiés sur le territoire et en cohérence avec le PRAPS et les plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

Les LHSS mobiles et EMSP 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 validée 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.

### G) Participation de l'utilisateur

Le projet doit prévoir 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'enquête de satisfaction.

## 2) **Personnels et aspects financiers**

### A) Le personnel

Le fonctionnement du LHSS « mobile » ou 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 a minima :

- d'un infirmier ;
- 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 :

- Un médecin intervenant dans la structure est chargé de la coordination des soins.
- Un médecin doit être présent dans l'équipe ou d'astreinte 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 arrêtés dans le projet d'établissement, et notamment :

- Psychologue
- Aide - soignant

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

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 composée d'un chauffeur, formé si possible pour être intervenant/accueillant social.

**Les effectifs de personnel seront traduits en équivalents temps plein (ETP) sous forme de tableaux détaillés qui préciseront les quotités de travail et les ratios de personnel.**

Les modalités de management et de coordination des professionnels devront être précisées ainsi que les objectifs et les modalités d'intervention des prestataires extérieurs.

#### B) Cadrage financier

Les LHSS mobiles et EMSP 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.

Il est recommandé que le dossier financier de la structure répondant à cet AAP 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.

L'instruction n° DGCS/SD5B/SD1B/DSS/SD1A/DGS/SP2/SP3/2025/71 du 7 août 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire, pour l'année 2025, des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), LHSS périnatalité, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), équipes mobiles santé précarité (EMSP, LHSS mobiles ou de jour), équipes spécialisées de soins infirmiers (ESSIP) et « Un chez-soi d'abord » (UCSD) et ses annexes fixent le montant des mesures nouvelles à 242 000 € pour les dispositifs LHSS mobiles ou EMSP au titre de la fongibilité des enveloppes budgétaires.

En Grand Est, le coût pour une équipe mobile est fixé à 200 000 €



## V. Evaluation et suivi

Le projet doit prévoir et justifier des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs qui permettront a minima de mesurer :

- L'adéquation du projet entre l'offre et les besoins de la population
- La qualité de la prise en charge des personnes
- Les besoins non couverts par le dispositif
- L'inscription du dispositif dans un travail en réseau et la qualité des partenariats et des coopérations mis en place

Il doit également définir :

- Un calendrier d'évaluation
- Les modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et calendrier d'évaluation (interne et externe)
- Les modalités de recueil des critères d'évaluation proposés

Pour les LHSS « mobiles », l'évaluation sera calée sur celle des LHSS porteurs.

**ANNEXE 2**

CRITERES DE SELECTION – MODALITE DE NOTATION				
THEMES	CRITERES	Coefficient pondérateur /20	Total	Commentaires/ appréciations
Zone d'implantation prioritaire	Départements non couverts	2		
Capacité de mise en œuvre	Capacité de réalisation du projet dans les délais définis	3		
	Maturité du projet (ressources humaines, coopération...)	2		
	Qualité de l'évaluation	1		
Qualité du projet	Composition de l'équipe pluridisciplinaire, mutualisation des moyens humains	3		
	Périmètre d'intervention, mutualisation des moyens matériels	2		
	Coopération/partenariat avec les établissements des secteurs sanitaires, social, médico-social	2		
	Adéquation du projet aux besoins des personnes prises en charge	1		
	respect du projet de vie et des droits des personnes suivies	2		
Aspect financier	Viabilité financière du projet et pertinence du budget de fonctionnement	3		

### ANNEXE 3

#### DOCUMENTS A FOURNIR

Les documents à transmettre à l'appui de votre dossier de candidature sont :

- Identification du promoteur :
  - o Forme juridique, statuts
  - o Projet associatif et/ou d'établissement
  - o Expériences antérieures auprès des publics en situation de précarité
  - o Organisation
  - o Activités dans le domaine médico-social
  - o Eléments de comptabilité analytique
- Caractéristiques du projet :
  - o Localisation : zone d'implantation, plan des locaux
  - o Modalités de mise en œuvre du respect du droit des usagers
  - o Procédure d'évaluation
  - o Coopération et partenariat envisagées
  - o Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Qualifications et expérience des professionnels et expertises internes ou externes qu'il prévoit d'impliquer :
  - o Présentation prévisionnelle des effectifs en ETP par type de qualification **sous forme de tableau**
  - o Projet d'organigramme
- Dossier financier :
  - o Compte annuel consolidé de l'organisme gestionnaire
  - o Plan de financement de l'opération pour laquelle l'autorisation est sollicitée
  - o Budget prévisionnel en année pleine de l'établissement pour sa 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement.

## Annexe 4

### SYNTHESE DU REFERENTIEL HAS et DU GUIDE METHODOLOGIQUE IREPS GRAND EST

#### HAS :

En octobre 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié [un référentiel](#) de compétences, formation et bonnes pratiques intitulé « La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ».

Ce référentiel rappelle notamment que :

-La médiation en santé désigne la fonction **d'interface assurée en proximité** pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables,
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

- La médiation en santé s'adresse donc :

- Aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins**, présentant un ou plusieurs **facteurs de vulnérabilité**. Ces facteurs de vulnérabilité peuvent être multiples : isolement géographique, familial ou social, pratiques à risques, environnement juridique et sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé en France, difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique.
- Aux institutions/professionnels** qui interviennent dans le parcours de soins de ces populations.

- La démarche d'« **aller vers** » comporte deux composantes :

- le **déplacement physique**, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne vulnérable et d'autre part vers les professionnels de santé / institutions,
- l'ouverture vers autrui**, vers la personne dans sa globalité, **sans jugement, avec respect**.

- « **Faire avec** » sous-entend faire avec les personnes **et non à leur place**, car seules leur autonomie et leur responsabilisation trouvent les solutions durables aux problèmes.

La HAS définit les axes d'une action de médiation, et les séquences en quatre modalités d'intervention :

- **(Re)créer la rencontre avec les populations concernées** (public cible et professionnels de santé/ institutions). Cet axe s'inscrit dans l'« aller vers » afin d'identifier les problématiques individuelles et/ou collectives. Il s'agit ainsi d'un soutien individualisé à la personne, dans le cadre d'un projet global d'accompagnement.
- **Faciliter la coordination du parcours de soins** : aide de la personne à la mise en place des démarches administratives d'accès aux droits de santé. Notamment, un accompagnement physique des personnes les moins autonomes vers les structures de santé peut être proposé.
- **Proposer des actions collectives de promotion de la santé** : mobilisation des acteurs de la promotion de la santé, co-animation d'actions collectives, développement d'actions de santé, de prévention et d'actions permettant l'expression des problèmes de santé individuels ou collectifs.
- **Participer aux actions structurantes au projet** : assurer un retour d'information sur l'état de santé, les attentes, les représentations et comportements des publics spécifiques vers les professionnels locaux et à l'échelle nationale. Il s'agit également d'alerter les autorités compétentes sur les dysfonctionnements dans la prise en charge de santé des personnes.

### IREPS Grand Est

L'Ireps (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) Grand Est a été missionnée par l'ARS en 2019 afin de réaliser [un guide](#) méthodologique pour intervenir avec des personnes en situation de précarité.

Pour ce faire, elle a réalisé des entretiens auprès des structures, des personnes fréquentant ces structures, et des institutionnels.

Dans ce document, l'Ireps précise un certain nombre de critères éthiques et méthodologiques dans la mise en place d'actions destinées au public en situation de précarité :

#### Ethique :

- le projet se déroule dans le respect des personnes (non jugement, non stigmatisation, non culpabilisation),
- le projet repose sur une connaissance du public (pour intervenir et pour prendre en compte la personne dans sa globalité), de son mode de vie, son environnement, son histoire et son parcours,
- le projet s'appuie sur les compétences et les savoirs des personnes,
- les besoins et les demandes des personnes sont recherchés (exemple : boîte à idées),
- le lien de confiance avec les personnes est régulièrement travaillé, / il est essentiel d'établir, restaurer ou renforcer un lien de confiance avec les personnes
- En interne : échanges de pratiques, temps de formation adapté, notamment pour les nouveaux professionnels, soutien de la direction (inscrire la médiation en santé dans le projet de la structure) et développement d'un environnement favorable (lieu de confidentialité, adapté à l'accueil des personnes, conditions de travail des professionnels, démarche politique, institutionnelle et professionnelle favorable à la santé, la participation et à l'« aller vers »).



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Méthodologique :

- Existence d'une équipe projet (le projet ne s'appuie pas que sur une seule personne),
- Participation du public à la définition des besoins, à la stratégie d'action et de mobilisation, au calendrier, à la définition des lieux d'intervention et à l'évaluation, afin de développer des stratégies adaptées,
- Existence d'un diagnostic permettant de contextualiser les besoins et les demandes des personnes et présentant les ressources mobilisables sur le territoire,
- Existence d'une évaluation avec des objectifs réalistes, des indicateurs de processus et de résultats (en termes de lien social, d'évolution des représentations, de confiance en soi...),
- Existence d'une mobilisation et d'une communication adaptée au public sur le projet,
- Existence d'une politique soutenant, un environnement favorable à la médiation en santé.

Signé électroniquement  
Agence Régionale de Santé GRAND EST  
La Directrice Générale,  
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL  
Nancy le 11/09/2025



**Avis d'appel à projet relatif à la création de 20 places  
de Lits Halte Soins Santé Périnatalité  
en Grand Est.**

1. Objet de l'appel à projet

L'appel à projets (AAP) porte sur la création de 20 places de Lits halte soins santé (LHSS) Périnatalité.

L'Agence Régionale de Santé Grand-Est est compétente en vertu de l'article L.313-3 b du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour délivrer une autorisation et lancer un appel à projet pour la création de places de LHSS, relevant de l'article L 312-1-1 du CASF.

Cet appel à projet vise à améliorer la couverture territoriale des LHSS, et plus particulièrement de doter les territoires non couverts par ce type de structure.

2. Cahier des charges

Le cahier des charges de l'appel à projet fait l'objet de l'annexe 1 du présent arrêté, et sera téléchargeable sur le site de l'Agence Régionale de Santé Grand Est dans la rubrique « appel à projet et candidature » à l'adresse suivante :

<https://ars.grand-est.sante.fr>

Sur demande auprès du service en charge de l'appel à projet, le cahier des charges pourra également être transmis par mail ou par courrier dans un délai de 8 jours suivant la demande.

3. Critères de sélection, documents à fournir et modalités d'instruction des projets

Afin de garantir le principe d'égalité de traitement et de transparence des procédures, les critères de sélection et les modalités de cotation des projets font l'objet de l'annexe 2 de l'avis d'appel à projet et les documents à fournir de l'annexe 3.

Les projets déposés seront analysés par les Délégations départementales ARS Grand Est (services instructeurs). Les dossiers parvenus ou déposés après la date limite de dépôt fixée au 15 novembre 2025 ne seront pas recevables (le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt faisant foi).

La vérification des dossiers reçus à la date de clôture de la période de dépôt s'effectuera en 3 étapes :

- 1) Vérifier la régularité administrative et la complétude du dossier conformément aux articles R313-5 et suivants du CASF
- 2) Vérifier la conformité et l'éligibilité du projet au regard des critères définis dans le cahier des charges
- 3) Analyser et évaluer les dossiers en fonction des critères de sélection (annexe 2 du présent arrêté).

Les services instructeurs établiront un compte-rendu d'instruction motivé sur chacun des projets complets et proposeront un classement selon les critères de sélection.

Les projets seront examinés par la Commission d'information de sélection dont la composition sera fixée par décision du DG ARS.

Cette Commission établira un classement qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture Grand-Est et diffusée sur le site internet de l'ARS Grand Est.

La décision d'autorisation du Directeur Général de l'ARS Grand Est sera publiée selon les mêmes modalités, elle sera notifiée aux candidats retenus par lettre recommandée avec avis de réception ainsi qu'aux autres candidats individuellement.

**La clôture de l'appel à projet est fixée au 15 novembre 2025.**

4. Modalités de dépôt des réponses

Le dossier de candidature sera composé d'une unique version électronique à transmettre à l'adresse mail suivante :

[ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

La date limite de réception des dossiers est fixée au **15 novembre 2025**.

5. Composition du dossier

Conformément à l'article R.313-4-3 du CASF, le dossier devra comporter les éléments suivants :

- Concernant la candidature
  - les documents permettant l'identification du promoteur, notamment un exemplaire de ses statuts si c'est une personne morale de droit privé.
  - une déclaration sur l'honneur du candidat certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du CASF
  - une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune procédure mentionnée aux articles L.3131-16, L.331-5, L.471-3, L.472-10, L.472-2 ou L.474-5.
  - une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code du commerce.
- Concernant son projet :
  - tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges ;
  - un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel ;
  - le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;
  - dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

L'ouverture des dossiers de candidature aura lieu à l'expiration du délai de réception des réponses.

6. Calendrier

Date de publication de l'appel à projet	15 septembre 2025
Date limite de réception des dossiers de candidature	15 novembre 2025
Date indicative de la réunion de la commission d'information et de sélection	2 décembre 2025
Date limite de notification de l'autorisation et information aux candidats non retenus	31 décembre 2025
Date prévisionnelle d'ouverture des places	2 <sup>ème</sup> trimestre 2026

7. Précisions complémentaires

Les candidats peuvent demander à l'ARS Grand Est des compléments d'informations avant le 7 novembre 2025 exclusivement par messagerie électronique à l'adresse suivante :

[ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-departement-prevention@ars.sante.fr)

Publication et modalités de consultation du présent avis

L'avis d'appel à projet sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région et sera annoncé sur le site internet de l'ARS Grand Est.

Fait à Nancy, le

La Directrice Générale ARS GE

## ANNEXE 1

### **CAHIER DES CHARGES**

#### **Appel à projet relatif à la création de 20 places de Lits Halte Soins Santé (LHSS) Périnatalité en région Grand Est**

#### **I. Cadre juridique :**

##### **1. Cadrage 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
- 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 CASF
- 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 (CASF)
- 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
- 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 médicosociaux

##### **2. Cadrage spécifique pour les LHSS**

- Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé LHSS » et « lits d'accueil médicalisés LAM »
- Code de l'action sociale et des familles (CASF) : article D312-176-1
- Décret n°2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique »
- 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 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 de ces lits ainsi que les caractéristiques techniques auxquelles chaque candidat devra répondre. Tout projet déposé devra respecter les textes ci-dessus référencés.

#### **II. Présentation du besoin à satisfaire**

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.

Aucune place de LHSS Périnatalité n'est ouverte dans la région Grand Est.

**Cet appel à projet visera à développer l'offre dans le département du Bas-Rhin.**

### III. Eléments de cadrage du projet

#### 1) Capacité

L'appel à projet porte sur la création d'un total de 20 places de Halte Soins Santé Périnatalité.

#### 2) Territoire d'implantation

Les places LHSS prendront en charge des usagers de l'ensemble du territoire régional.

#### 3) Portage du projet

La capacité est non sécable.

#### 4) La capacité à faire et l'expérience du promoteur

Le candidat apportera des informations sur :

- Son projet associatif ou projet de gouvernance
- Ses connaissances du public et expériences antérieures
- Son organisation (structuration, dépendance vis-à-vis d'autres structures)
- Sa situation financière (bilans et compte de résultat)
- Son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité
- Son équipe de direction (qualifications, tableau d'emploi de direction)

#### 5) Délai de mise en œuvre

Le présent appel à projet pourra donner lieu à une autorisation délivrée en janvier 2026 avec prévision d'ouverture au 2<sup>ème</sup> trimestre 2026. Il est demandé au promoteur de présenter **un calendrier prévisionnel du projet** précisant les étapes clés et les délais amenant à l'installation effective des places.

#### 6) Cadrage financier

Le financement des LHSS est assuré par une dotation globale définie sur la base d'un forfait par lit et par jour.

Cette dotation couvre les soins, l'accueil, les prestations d'hébergement, de restauration et le suivi social des personnes accueillies

Il est prévu un prix de journée de 139.73 € (base 2025) par jour par lit soit un budget annuel de 51000 € par lit.

#### 7) Evaluation et suivi

Le projet doit prévoir et justifier des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs qui permettront a minima de mesurer :

- L'adéquation du projet entre l'offre et les besoins de la population
- La qualité de la prise en charge des personnes
- Les besoins non couverts par le dispositif

- L'inscription du dispositif dans un travail en réseau et la qualité des partenariats et des coopérations mis en place

Il doit également définir :

- Un calendrier d'évaluation
- Les modalités de pilotage de la démarche d'évaluation et calendrier d'évaluation (interne et externe)
- Les modalités de recueil des critères d'évaluation proposés

## 8) Objectifs et caractéristiques du projet

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

### 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 nécessaires, 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 touchés 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'utilisateur.

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 compléteront 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 privés 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.

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'adossement 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) ;
- Éviter 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 femmes 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 AHL 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



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



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.



**ANNEXE 2**

**CRITERES DE SELECTION – MODALITE DE NOTATION**

THEMES	CRITERES	Coefficient pondérateur /20	Total	Commentaires/ appréciations
Zone d'implantation prioritaire	Département à couvrir pour la région Grand Est	2		
Capacité de mise en œuvre	Capacité de réalisation du projet dans les délais définis	3		
	Maturité du projet (ressources humaines, coopération...)	2		
	Qualité de l'évaluation	1		
Qualité du projet	Composition de l'équipe pluridisciplinaire, mutualisation des moyens humains	3		
	Localisation des lits, conditions d'installation, mutualisation des moyens matériels	2		
	Coopération/partenariat avec les établissements des secteurs sanitaires, social, médico-social	2		
	Adéquation du projet aux besoins des personnes prises en charge	1		
	respect du projet de vie et des droits des personnes accueillies	2		
Aspect financier	Viabilité financière du projet et pertinence du budget de fonctionnement	3		

### ANNEXE 3 :

#### DOCUMENTS A FOURNIR

Les documents à transmettre à l'appui de votre dossier de candidature sont :

- Identification du promoteur :
  - o Forme juridique, statuts
  - o Projet associatif et/ou d'établissement
  - o Expériences antérieures auprès des publics en situation de précarité
  - o Organisation
  - o Activités dans le domaine médico-social
  - o Eléments de comptabilité analytique
- Caractéristiques du projet :
  - o Localisation : zone d'implantation, plan des locaux
  - o Modalités de mise en œuvre du respect du droit des usagers
  - o Procédure d'évaluation
  - o Coopération et partenariat envisagées
  - o Calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Qualifications et expérience des professionnels et expertises internes ou externes qu'il prévoit d'impliquer :
  - o Présentation prévisionnelle des effectifs en ETP par type de qualification **sous forme de tableau**
  - o Projet d'organigramme
- Dossier financier :
  - o Compte annuel consolidé de l'organisme gestionnaire
  - o Plan de financement de l'opération pour laquelle l'autorisation est sollicitée
  - o Budget prévisionnel en année pleine de l'établissement pour sa 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement.

Signé électroniquement  
Agence Régionale de Santé GRAND EST  
La Directrice Générale,  
Christelle RATIGNIER-CARBONNEL  
Nancy le 11/09/2025



## **ARRETE ARS Grand Est n° 2025-2684**

modifiant l'arrêté ARS n°2024-3230 du 02/09/2024 instituant la composition des membres de la commission d'interrégion Nord-Est compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long des études d'odontologie et au troisième cycle des études de médecine

### **La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est**

- Vu** le code de la santé publique ;
- Vu** le code de l'éducation ;
- Vu** le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- Vu** l'arrêté du 13 avril 2011 portant détermination des interrégions d'internat d'odontologie ;
- Vu** l'arrêté ARS N°381 du 6 octobre 2011 portant création de la commission d'interrégion Nord-est compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long d'odontologie et au troisième cycle de médecine ;
- Vu** l'arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie tel que modifié ;
- Vu** l'arrêté du 12 août 2011 fixant, pour le troisième cycle long des études odontologiques, l'organisation des choix de postes, la répartition des postes, l'affectation des étudiants et le déroulement des stages particuliers tel que modifié ;
- Vu** le Décret n° 2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages tel que modifié ;
- Vu** la décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions ;
- Vu** l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine tel que modifié ;
- Vu** l'arrêté ARS n°2017/2214 du 23 juin 2017 portant renouvellement des membres de la commission d'interrégion Nord-est compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long d'odontologie et au troisième cycle de médecine ;
- Vu** le décret du 21 mai 2024, portant nomination de Madame Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL en qualité de directrice générale de l'agence régionale de Santé Grand Est ;
- Vu** l'arrêté ARS n°2025-2552 du 1<sup>er</sup> septembre 2025 portant délégation de signature de la directrice générale de l'agence régionale de santé Grand Est aux Directeurs, Secrétaire Général et Directeurs Territoriaux de l'Agence Régionale de Santé Grand Est ;

**Considérant** la nomination du Pr Sandrine LORIMIER élue doyenne de l'UFR odontologie de l'université de Reims Champagne-Ardenne, succédant au Pr Pierre MILLET, à compter du 11 mars 2025 ;

**Considérant** la nomination du Pr Stéphane ZUILY élue doyen de la faculté de Médecine, maïeutique et métiers de la santé de Nancy, succédant au Pr Marc BRAUN, à compter du 19 novembre 2024 ;

**Considérant** la désignation par l'organisation représentative des étudiants de troisième cycle long en odontologie, d'un représentant étudiant par centre hospitalier universitaire de la région Grand Est, inscrit dans la spécialité pour l'année universitaire 2025-2026.

## ARRETE

### **Article 1 :**

En application de l'article 1 du décret n° 2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages, la commission d'interrégion, compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long d'odontologie et au troisième cycle de médecine, se réunit en deux formations :

- une formation en vue de la répartition des postes d'internes ;
- une formation en vue de l'agrément des stages.

La composition de la commission d'interrégion est annexée au présent arrêté :

- Annexe 1 : Composition de la commission d'interrégion lorsqu'elle statue sur la répartition des postes offerts au choix semestriel des internes ;
- Annexe 2 : Composition de la commission d'interrégion lorsqu'elle statue sur l'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage.

### **Article 2 :**

En application de l'article 3 du décret n° 2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages, la commission d'interrégion prévue à l'article 1 du présent arrêté est créée pour une durée maximale de cinq ans, conformément aux dispositions de l'article R. 133-2 du code des relations entre le public et l'administration.

### **Article 3 :**

En application de l'article 6 du décret n° 2011-957 du 10 août 2011, la durée du mandat des membres titulaires et suppléants de la commission d'interrégion est de cinq ans, renouvelable à compter du 23 juin 2022, date de l'arrêté ARS n°2022-2819 portant renouvellement des membres de la commission d'interrégion Nord-Est compétente pour les formations qualifiantes du troisième cycle long d'odontologie et pour les formations communes au troisième cycle long d'odontologie et au troisième cycle de médecine.

Cette disposition ne s'applique pas aux représentants des internes qui sont nommés pour une durée d'une année renouvelable, sous réserve de leur maintien sous le statut au titre duquel ils sont désignés.

Lorsque la défaillance d'un membre ou de son suppléant survient avant l'expiration de la période pour laquelle il a été nommé, il est pourvu à son remplacement dans un délai de deux mois et pour la durée restant à courir jusqu'au prochain renouvellement.

### **Article 4 :**

En application de l'article 9 du décret n° 2011-957 du 10 août 2011, la commission d'interrégion ne peut siéger que si la moitié au moins des membres, titulaires ou suppléants, est présente. Dans le cas contraire, les membres seront convoqués pour une nouvelle réunion dans les douze jours suivant la première date de réunion prévue. Les avis rendus lors de cette nouvelle réunion seront valables même si le quorum prévu au présent article n'est pas respecté.

### **Article 5 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal administratif ou aussi par l'application télerecours citoyens accessible à partir du site **[www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)**.

  
Signé électroniquement

Agence Régionale de Santé GRAND EST

Pour la directrice générale et par délégation - Le  
Responsable du Département Ressources Humaines en  
Santé,

Jean-Michel BAILLARD

Nancy le 12/09/2025

## Annexe 1

### **Composition de la commission d'interrégion lorsqu'elle statue sur la répartition des postes offerts au choix semestriel des internes**

En application du I. des articles 4 et 5 du décret n°2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages, la commission d'interrégion, lorsqu'elle statue sur la répartition des postes offerts au choix semestriel, comprend les membres suivants, présents ou représentés :

- 1) **Madame Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL**, Directrice Générale de l'agence régionale de santé Grand Est pilote de l'interrégion ou son représentant, président de la commission ;
- 2) Les directeurs de deux des unités de formation et de recherche d'odontologie de l'interrégion :
  - **Monsieur le Professeur Florent MEYER**, Directeur de l'unité de formation et de recherche d'odontologie de Strasbourg ou son représentant,
  - **Madame le Professeur Sandrine LORIMIER**, Directeur de l'unité de formation et de recherche d'odontologie de Reims ou son représentant ;
- 3) **Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ**, Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ou son représentant ;
- 4) Les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires de l'interrégion :
  - **Monsieur Samir HENNI**, directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg ou son représentant,
  - **Monsieur Freddy SERVEAUX**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Dijon ou son représentant,
  - **Madame Laetitia MICAELLI-FLENDER**, Directrice Générale du centre hospitalier universitaire de Reims ou son représentant,
  - **Monsieur Thierry GAMOND-RUIS**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Besançon ou son représentant,
  - **Monsieur Arnaud VANNESTE**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Nancy ou son représentant ;
- 5) **Madame Amandine WEBER**, Directrice adjointe au CH Emile Durkheim (Epinal) ou son représentant ;
- 6) Les présidents de commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers universitaires de l'interrégion :
  - **Monsieur Emmanuel ANDRES**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg ou son représentant,
  - **Monsieur Alain BONNIN**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Dijon ou son représentant,
  - **Monsieur Carl ARNDT**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Reims ou son représentant,
  - **Monsieur Samuel LIMAT**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Besançon ou son représentant,
  - **Monsieur Marc DEBOUVERIE**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier universitaire de Nancy ou son représentant ;
- 7) **Monsieur Jean Baptiste ANDREOLETTI**, Président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier Nord Franche Comté ou son représentant ;

- 8) **Monsieur le Professeur Damien OFFNER**, membre titulaire, enseignant titulaire hospitalo-universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion agréée au titre de la formation pratique de la spécialité concernée, Chef de Pôle de médecine bucco-dentaires des HUS,
- et
- Monsieur le Professeur Cédric MAUPRIVEZ**, membre suppléant, enseignant titulaire hospitalo-universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion agréée au titre de la formation pratique de la spécialité concernée, Chef de service de Chirurgie Orale du CHU de Reims ;
- 9) **Monsieur le Docteur Victorin AHOSSI**, praticien hospitalier non universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion agréée au titre de la formation pratique de la spécialité concernée, Chef de service d'Odontologie au CHU de Dijon ;
- 10) Un représentant des internes en odontologie désigné par les internes d'odontologie de l'interregion :
- **Madame Colombe MOITY**, représentante des internes d'Orthopédie Dento-Faciale (ODF),  
**Madame Reem WABBI**, représentante des internes de Médecine Bucco-Dentaire (MBD),
  - **Madame Amélie ALBISETTI et Monsieur Nicolas MOLTER**, représentante des internes en Chirurgie Orale ;
- 11) En attente de désignation, un représentant désigné par les unions régionales des professionnels de santé chirurgiens-dentistes de l'interrégion.

**Pour les formations communes au troisième cycle long des études d'odontologie et au troisième cycle des études de médecine, la commission d'interrégion comprend :**

- 12) Les directeurs de deux unités de formation et de recherche médicales de l'interrégion :
- **Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY**, Directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine de Nancy ou son représentant,
  - **Monsieur le Professeur Jean SIBILIA**, Directeur de l'unité de formation et de recherche de médecin de Strasbourg ou son représentant ;
- 13) **Monsieur le Professeur Christophe MEYER**, membre titulaire, enseignant titulaire hospitalo-universitaire relevant de la sous-section 55/03 du Conseil national des universités, exerçant dans l'interrégion,
- et
- Madame le Professeur Murielle BRIX**, membre suppléant, enseignant titulaire hospitalo-universitaire relevant de la sous-section 55/03 du Conseil national des universités exerçant dans l'interrégion au Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique du CHRU de Nancy, et responsable pour la chirurgie orale filière médicale ;
- 14) En attente de désignation, un médecin praticien hospitalier relevant de la spécialité chirurgie maxillo-faciale ou de la spécialité stomatologie, exerçant dans l'interrégion ;
- 15) **Madame Amélie ALBISETTI et Monsieur Nicolas MOLTER**, représentant des internes en Chirurgie Orale ;
- 16) En attente de désignation, représentant les unions régionales des professionnels de santé de médecine de l'interrégion.

## Annexe 2

### **Composition de la commission d'interrégion lorsqu'elle statue sur l'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage**

En application du II. des articles 4 et 5 du décret n°2011-957 du 10 août 2011 relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle long des études odontologiques et aux modalités d'agrément des stages, la commission d'interrégion, lorsqu'elle statue sur l'agrément des lieux de stage et des praticiens-maîtres de stage, comprend les membres suivants, présents ou représentés :

- 1) Les directeurs de deux des unités de formation et de recherche d'odontologie de l'interrégion :
  - **Monsieur le Professeur Florent MEYER**, Directeur de l'unité de formation et de recherche d'odontologie de Strasbourg ou son représentant,
  - **Madame le Professeur Sandrine LORIMIER**, Directeur de l'unité de formation et de recherche d'odontologie de Reims ou son représentant ;
- 2) Les directeurs généraux des agences régionales de santé de l'interrégion :
  - **Madame Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL**, Directrice Générale de l'agence régionale de santé Grand Est, ou son représentant, président de la commission ;
  - **Monsieur Jean-Jacques COIPILET**, Directeur Général de l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ou son représentant ;
- 3) Les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires de l'interrégion :
  - **Monsieur Samir HENNI**, directeur général du centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg ou son représentant,
  - **Monsieur Freddy SERVEAUX**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Dijon ou son représentant,
  - **Madame Laetitia MICAELLI-FLENDER**, Directrice Générale du centre hospitalier universitaire de Reims ou son représentant,
  - **Monsieur Thierry GAMOND-RUIS**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Besançon ou son représentant,
  - **Monsieur Arnaud VANNESTE**, Directeur Général du centre hospitalier universitaire de Nancy ou son représentant ;
- 4) **Monsieur le Professeur Damien OFFNER**, membre titulaire, enseignant titulaire hospitalo-universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion, Chef de Pôle de médecine bucco-dentaires des HUS,  
et  
**Monsieur le Professeur Cédric MAUPRIVEZ**, membre suppléant, enseignant titulaire hospitalo-universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion, Chef de service de Chirurgie Orale du CHU de Reims ;
- 5) **Monsieur le Docteur Victorin AHOSSI**, praticien hospitalier non universitaire responsable d'une structure d'odontologie dans l'interrégion, Chef de service d'Odontologie au CHU de Dijon ;
- 6) Un représentant des internes en odontologie désigné par les internes d'odontologie de l'interrégion :
  - **Madame Colombe MOITY**, représentante des internes d'Orthopédie Dento-Faciale (ODF),
  - **Madame Reem WABBI**, représentante des internes de Médecine Bucco-Dentaire (MBD),
  - **Madame Amélie ALBISETTI et Monsieur Nicolas MOLTER**, représentante des internes en Chirurgie Orale ;
- 7) Le coordonnateur interrégional de chaque spécialité concernée :

- **Madame le Professeur Muriel BRIX**, coordonnateur interrégional du DES Chirurgie Orale ou son représentant,
- **Madame le Professeur Maryline MINOUX**, coordonnateur interrégional du DES de Médecine Bucco-Dentaire, ou son représentant,
- **Monsieur le Docteur Yves BOLENDER**, coordonnateur interrégional du DES d'Orthopédie Dento-Faciale ou son représentant ;

La présidence est assurée par un directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie, désigné par les membres de la commission.

**Pour les formations communes au troisième cycle long des études d'odontologie et au troisième cycle des études de médecine**, la commission d'interrégion comprend :

- 8) Les directeurs de deux unités de formation et de recherche médicales de l'interrégion :
  - **Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY**, Directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine de Nancy ou son représentant,
  - **Monsieur le Professeur Jean SIBILIA**, Directeur de l'unité de formation et de recherche de médecin de Strasbourg ou son représentant ;
- 9) **Monsieur le Professeur Christophe MEYER**, membre titulaire, enseignant titulaire hospitalo-universitaire relevant de la sous-section 55/03 du Conseil national des universités, exerçant dans l'interrégion,
 

et

**Madame le Professeur Murielle BRIX**, membre suppléant, enseignant titulaire hospitalo-universitaire relevant de la sous-section 55/03 du Conseil national des universités exerçant dans l'interrégion au Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique du CHRU de Nancy, et responsable pour la chirurgie orale filière médicale ;
- 10) En attente de désignation, médecin praticien hospitalier relevant de la spécialité chirurgie maxillo-faciale ou de la spécialité stomatologie, exerçant dans l'interrégion ;
- 11) **Madame Amélie ALBISETTI et Monsieur Nicolas MOLTER**, représentant des internes en Chirurgie Orale ;

La présidence est assurée, alternativement chaque année, par l'un des directeurs des unités de formation et de recherche d'odontologie ou l'un des directeurs des unités de formation et de recherche de médecine de l'interrégion, proposé par l'ensemble des directeurs des unités de formation et de recherche d'odontologie et de médecine de l'interrégion.