

## Appel à manifestation d'intérêt ARS Occitanie

---

### Mesure 27 du Ségur de la Santé sur la lutte contre les inégalités sociales de santé

#### ***Soumission des lettres d'intention jusqu'au 1<sup>er</sup> Novembre***

Le présent cahier des charges a pour objet de présenter l'appel à manifestation d'intérêt visant le financement d'actions de lutte contre les inégalités sociales de santé par la mobilisation des crédits spécifiques du FIR de manière complémentaire aux autres interventions de l'ARS Occitanie.

#### Table des matières

1/ Contexte national et régional de l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) .....	2
2/- Eléments de définition : « Les inégalités de santé sont l'affaire de tous » .....	4
a) Comment agir sur les ISS.....	4
b) Les inégalités de genre de santé : .....	5
3/ Objectifs et orientations de l'AMI .....	5
a) Objectifs .....	5
b) Orientations : .....	6
4/Principes généraux de valorisation et de priorisation des projets.....	8
5/Critères de sélection.....	8
6/ Composition de la lettre d'intention .....	9
7/Modalités d'organisation de l'AMI .....	10
a) Calendrier prévisionnel .....	10
b) Modalités de dépôt des projets .....	10
c) Modalités d'instruction de dossiers.....	10
d) Modalités de financement des projets .....	10
Annexe 1 – Lettre d'intention .....	12

## 1/ Contexte national et régional de l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI)

Cet appel à manifestation d'intérêt s'inscrit dans la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, le Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et la mise en œuvre de la mesure 27 du Ségur de la santé<sup>1</sup>.

**La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté** répond à cinq objectifs.

1. Permettre l'égalité des chances dès le plus jeune âge,
2. Garantir le parcours de formation des jeunes et les aider à construire leur avenir,
3. Renforcer l'accès aux droits et rendre la vie quotidienne plus facile,
4. Mieux accompagner le retour vers l'activé,
5. Lutter contre les inégalités de santé.

La stratégie repose sur deux piliers, la lutte contre les inégalités dès le plus jeune âge et l'aide à la réinsertion vers l'emploi. Elle vise trois publics prioritaires, les enfants, les jeunes et les allocataires du revenu de solidarité active.

**Le cadre d'orientation stratégique du PRS Occitanie** précise que son ambition est de mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables :

- En assurant la protection de la personne en situation de vulnérabilité comme une préoccupation éthique;
- En prenant en compte la question des inégalités sociales et territoriales de santé dans chacune de nos actions ;
- En développant une approche renouvelée du rôle des soins primaires et de la prévention.

Face au constat de la persistance des inégalités sociales de santé, l'ARS appelle à réinterroger ses pratiques afin:

- D'analyser à quels publics les interventions ou services doivent bénéficier en priorité, en fonction de ce qu'impliquent les données de santé ;
- De faire bénéficier ces populations, de ces prestations, au plus près de leur milieu de vie ;
- De mieux impliquer ces personnes, ceux qui les accompagnent, ceux qui leur parlent, grâce à des messages adaptés.

Il s'agit de mettre en œuvre l'universalisme proportionné qui consiste à développer des stratégies d'interventions différenciées pour des actions qui profitent à tous, en modulant en fonction des besoins spécifiques de chaque catégorie de population. Les actions de PRS et du PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) répondent à cette ambition.

**La lutte contre les inégalités de santé, telle que présentée dans la mesure 27 du Ségur de la santé**, vise à poursuivre ces efforts selon quatre axes :

1. La mise en place d'un cadre renforcé de gouvernance stratégique régionale, dédiée à la lutte contre les inégalités de santé, associant l'ensemble des acteurs sous l'égide de l'agence régionale de santé.

A cet effet, l'ARS Occitanie a mis en place une gouvernance stratégique de lutte contre les Inégalités Sociales de santé selon 3 modalités:

- En désignant un délégué régional à la lutte contre les inégalités de santé rattaché directement au directeur général.
- En mettant en place une Commission Régionale de Lutte contre les inégalités sociales de santé, constituée pour partie de membres de la CRSA (commission régionale santé autonomie) et pour

- partie de représentants des acteurs institutionnels, d'organismes de protections sociales, d'élus et d'usagers.
- En constituant un comité d'appui scientifique travaillant sur la thématique des inégalités Sociales de Santé.
2. Le financement par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) d'actions ciblées visant à traiter ces inégalités de santé dans les territoires.
  3. La garantie d'une prise en charge plus globale des patients, notamment les plus précaires et/ou ceux confrontés aux addictions ou troubles psychiques, en ville comme à l'hôpital, à travers la création de 500 lits « halte soins santé » supplémentaires et de 60 centres et maisons de santé participatifs, le renforcement des dispositifs de lutte contre les addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA) et des 400 permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
  4. Le recours aux démarches « d'aller vers » pour toucher les plus exclus grâce à des équipes mobiles pluridisciplinaires renforcées, notamment constituées autour d'un binôme « santé – social » (équipes mobiles psychiatrie précarité et santé précarité, ACT à domicile, SSIAD précarité, LHSS et PASS mobiles).
  5. La lutte contre les addictions

**Le plan national « Priorité Prévention », pour développer une politique de promotion de la santé et de prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie, la stratégie « Ma Santé 2022 », la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » s'inscrivent aussi dans cette dynamique d'intervention.**

**La crise sanitaire liée à la COVID 19** a confirmé la persistance voire l'aggravation de ces inégalités en santé, notamment à travers la surmortalité constatée dans certains territoires. Plusieurs facteurs sociaux et territoriaux de ces inégalités ont été mis en avant : les conditions de logement, l'accès aux transports, l'offre de soins du territoire, les conditions de travail, l'éducation à la santé, l'environnement etc.

Les premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 ont ainsi montré que les personnes habitant un logement exigü ou surpeuplé sont 2,5 fois plus nombreuses à avoir été positives au Covid-19<sup>2</sup>.

Ces inégalités s'ajoutent à d'autres facteurs aggravants, telles que les situations d'isolement, de ruptures de droits et de soins qui aggravent l'état de santé des plus précaires. Or ceux-ci sont plus exposés que d'autres à des pathologies lourdes ou chroniques. A cela s'ajoutent des renoncements aux soins, la santé étant souvent reléguée au second plan pour ces personnes confrontées à l'urgence du quotidien et à des graves difficultés financières.

Ces phénomènes ont été confirmés dans une note de synthèse produite récemment par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES<sup>3</sup>) qui a démontré que les inégalités sociales face à la crise sanitaire se cumulent en effet avec les risques d'exposition, la prévalence plus importante de certaines pathologies chroniques dans les territoires défavorisés et les différences de prises en charge.

## 2/- Eléments de définition : « Les inégalités de santé sont l'affaire de tous »

Les inégalités de santé se matérialisent par le fait que les personnes moins favorisées en termes de position socio-économique ont une moins bonne santé et une vie plus courte que celles qui sont plus favorisées. Si cet état de santé peut en partie s'expliquer par des inégalités territoriales d'accès aux professionnels de santé et aux soins, agir sur la répartition de l'offre de soins et des professionnels ne suffit pas à réduire ces inégalités. En effet, l'accès aux soins n'est pas le seul déterminant de la santé des personnes. Les conditions de vie, l'hérédité, le niveau de scolarité, les moyens financiers, la profession, l'éducation, vont déterminer les comportements des personnes. L'exposition à des facteurs environnementaux délétères ou à des adversités, vont déterminer leurs compétences psychosociales. Autrement dit, la pauvreté, comme les autres inégalités sociales, se répercute non seulement sur la santé, mais aussi sur les déterminants sociaux de celle-ci dans une boucle de renforcement mutuel.

Les inégalités de santé, sont avant tout des inégalités SOCIALES de santé. Elles sont systématiques c'est-à-dire sont observables partout dans le monde, et à tous les âges mais évitables car : « surviennent en raison des circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et des systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS)

La réduction des inégalités sociales de santé (ISS) nécessite donc un ensemble d'interventions impliquant plusieurs secteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé tels le logement et le revenu, l'éducation.... Les ISS sont donc « l'affaire de tous » et devraient être prises en compte par tous les décideurs et acteurs de santé publique, et ce, dans l'objectif minimal de ne pas les aggraver.

Si l'existence des ISS a été découverte dans les années 80 (Black Report), ces 40 années n'ont pas permis de percer réellement le secret de leur réduction. Mise à l'agenda politique en 2009, en France, encore peu d'actions ont su évaluer leurs impacts sur les ISS. La mesure 27 du Segur de la santé, réaffirme la volonté de lutter contre les inégalités de santé, et qui plus est, dans un contexte d'épidémie qui a rappelé la persistance et l'aggravation de ces inégalités et le besoin durable d'agir sur leur reproduction.

### a) Comment agir sur les ISS

La recherche en santé publique et l'épidémiologie sociale ont permis de mieux comprendre quand et comment agir sur la santé des individus pour gommer les effets de leur appartenance sociale. Ainsi, une action tout au long de la vie, dès le plus jeune âge permettrait de gommer les erreurs de départ dans la vie, et les inégalités de chance face à la santé. Statistiquement, le nombre d'adversités vécues pendant l'enfance, et le nombre de périodes dites sensibles de la vie (petite enfance, adolescence, maternité, chômage, retraite, divorce, épidémie...) sont socialement différenciés. En soutenant les personnes lors de périodes sensibles de la vie, des effets cumulatifs (par exemple adversité pendant l'enfance => échec scolaire => période d'errance => impact sur la santé) sont évités et l'impact sur la santé des individus moins important. Ainsi, agir sur les politiques sociales et de santé (p. ex. petite enfance, logement, environnement, accès aux soins) est nécessaire et incontournable dans l'amélioration de la santé et la réduction des ISS tout comme les politiques de nature économique (p. ex. politiques commerciales et fiscales, celles touchant les revenus, le marché du travail, les conditions d'emploi, le salaire minimum).

Agir seulement sur les populations les plus démunies est insuffisant car niant l'existence d'un gradient social de santé ( disparités s'illustrant par le fait que ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons) et niant des inégalités importantes entre l'ensemble des individus en fonction de leur revenus, profession, diplômes qui

conditionnent leur place sur l'échelle sociale. Ainsi, des actions universelles et proportionnées sont une des clés pour agir sur l'ensemble du gradient social, et participer à la réduction des ISS.

### b) Les inégalités de genre de santé :

Moins connues, les disparités de santé en fonction du genre sont néanmoins réelles. La Sociologie explique que ces inégalités puisent en partie, leurs origines dans les représentations sociales de ce que doit être un homme, une femme, et leur supposé rôle prédisposé.

Elles se matérialisent par exemple par des diagnostics erronés de certaines maladies. Pendant longtemps, les femmes victimes d'infarctus n'étaient pas diagnostiquées à temps, car ne présentaient pas les mêmes symptômes que les hommes. En effet, encore aujourd'hui les femmes font peu partie des essais cliniques, et l'impact de certaines maladies ou médicaments sur leur santé est peu étudiée. A l'inverse, des maladies qui touchent majoritairement des femmes, comme l'ostéoporose sont souvent diagnostiquées tardivement chez les hommes.

L'épidémie de COVID 19 a également mis en évidence des disparités genrées. Les femmes pratiquant des métiers dit « du care », d'aide à la personne, ont été plus exposées que les hommes au virus. Elles ont aussi été plus exposées à des violences, externalités négatives des mesures de contrôle de l'épidémie. Les femmes ont également un comportement protecteur, différent des hommes, face à la maladie, en respectant mieux les gestes barrières (port du masque, isolement, dépistage...)

Le genre est un facteur aggravant les inégalités sociales de santé qu'il ne faut pas oublier.

## 3/ Objectifs et orientations de l'AMI

### a) Objectifs

Un des leviers mis à la disposition de la gouvernance stratégique mise en place par l'ARS Occitanie pour lutter contre les ISS, est le financement d'un plan d'actions sur ces dernières, dans le cadre d'un abondement du Fond d'Intervention Régional des Agences Régionales de Santé dès 2021.

Dans ce cadre et au regard du contexte évoqué précédemment, le présent appel à manifestation d'intérêt vise à :

- Soutenir financièrement les acteurs qui s'engagent à développer des actions structurelles de réduction des inégalités sociales de santé dans une logique d'intervention intersectorielle ;
- Soutenir des projets qui prennent en compte les inégalités de genre et leurs conséquences sur la santé des femmes et des hommes ;
- Soutenir des interventions ou projets déjà existants dans la perspective de les faire évoluer avec pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé ;
- Soutenir prioritairement les projets à caractère structurant, ayant valeur de démonstration d'action innovante ou d'essaimage d'action probante transférable dans d'autres contextes et territoires ;
- Soutenir des actions de recherche interventionnelle, à condition qu'elles prévoient le débouché opérationnel possible de l'étude.

## b) Orientations :

**Les projets proposés devront participer au développement d'action de prévention (primaire ou secondaire) et d'éducation à la santé dans le cadre des orientations suivantes :**

### **Santé environnement et urbanisme favorable à la réduction des ISS**

Les espaces urbains impactent de manière directe, via des facteurs environnementaux (physiques et sociaux) et de manière indirecte, via les usages de l'espace et l'aménagement du territoire, la santé des individus. L'impact de l'environnement et de l'urbanisme sur les inégalités sociales (genre-catégorie sociale) de santé est bien documenté et met en évidence la santé environnement et l'urbanisme comme un levier possible de lutte contre les ISS.

L'accès aux espaces verts dans la ville, aux espaces sportifs mis à disposition, l'exposition aux nuisances sonores, à la pollution de l'air, le logement et l'habitat sont socialement différenciées, et ont des effets plus délétères sur la santé des femmes, des publics LGBTQI+ et des personnes en situation de précarité.

Les projets attendus peuvent porter sur (liste non exhaustive)

- Des actions qui travaillent sur l'appropriation de l'espace public favorable à la santé (accès aux espaces verts, à une activité physique en extérieur, lutte contre le sentiment d'insécurité, lutte contre l'isolement...)
- Des actions qui proposent de renforcer la compétence des familles et autres acteurs (école, etc...) concernées par ces segments d'habitat.
- Des actions qui participent à l'éducation à l'environnement et à la résilience contre le changement climatique.
- Des actions qui intègrent la prévention des ISS dans les processus d'aménagement des territoires, urbain ou rural. (*Attention, les projets attendus ne devront pas concerner les aménagements du territoire mais plutôt des actions de prévention et d'éducation à la santé*)

### **Inégalités d'accès aux professionnels de santé et non recours aux soins**

Beaucoup de personnes en situation de précarité ou peu familières avec le système de santé ont un seul accès aux soins via les Permanence d'accès aux soins (PASS) ou les urgences, malgré une ouverture de droits. En effet, ces publics se voient parfois refuser des soins, notamment certaines spécialités, et peu déclarent un médecin traitant. Les PASS sont des lieux qui les accueillent de manière inconditionnelle et adaptée à leurs besoins spécifiques. Or, leur recours, n'est pas pensé pour s'inscrire dans la durée, dans une logique de parcours et il est nécessaire de penser aux relais que sont le premier et le second recours.

En parallèle, les professionnels se déclarent peu formés aux besoins spécifiques des personnes cumulant des difficultés (financières, administratives, d'hébergement et de santé, barrière de la langue), et ne peuvent

consacrer le temps suffisant à leur prise en charge. Des actions de soutien aux professionnels de santé permettraient également d'agir sur la destigmatisation des personnes en situation de précarité.

Les projets attendus peuvent porter sur (liste non exhaustive) :

- Des actions qui améliorent l'accès à un médecin traitant ou à un médecin spécialiste pour les personnes en situation de précarité ou de grande précarité.
- Des actions qui soutiennent des professionnels de santé dans leur désir d'accueillir au sein de leurs cabinets des personnes en situation de précarité et de répondre à leurs besoins spécifiques.
- Des actions qui luttent contre les refus de soins liés aux droits (C2S, CMU, AME...).

## **Souffrance psychosociale et santé mentale**

La feuille de route du Ministère des solidarités et de la santé déclinée dans la feuille de route régionale définit trois axes d'interventions :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Dans chaque département, une réflexion a été menée avec les acteurs territoriaux à l'occasion des PTSM. Des actions retenues participent à la réduction des ISS.

La crise sanitaire a accentué la souffrance psychique notamment des jeunes, des chômeurs ou des travailleurs pauvres et des personnes isolées.

Les projets attendus peuvent porter sur (liste non exhaustive) :

- Des actions qui contribuent à réduire les risques et les dommages auprès des publics fragilisés par la crise, notamment les jeunes hors du système scolaire, en apprentissage, en insertion sociale ou professionnelle, ou les étudiants avec des faibles ressources.
- Des actions qui améliorent et démocratisent l'accès à un professionnel de la santé mentale et à la psychothérapie.
- Des actions qui accompagnent les périodes dites sensibles de la vie (Chômage, maternité, adolescence...)
- Le renforcement ou l'élaboration d'actions d'accès et d'accompagnement aux soins des chômeurs et travailleurs pauvres

## Compétences psychosociales et littératie en santé

Les compétences psychosociales sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne (...) et à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement » (OMS, 1993). L'apprentissage des compétences psychosociales (CPS) s'opère dès la naissance et s'appuie beaucoup sur les expériences et l'imitation. L'acquisition de ces compétences se fait avant tout au sein de la famille et de l'entourage, au sein de l'école, et en relation avec les autres, notamment des adultes. Ainsi, l'acquisition des CPS est avant tout déterminé par les conditions de vie de l'individu, et est donc, socialement différencié.

La littératie en santé est la capacité à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser. Elle participe de la même démarche d'autonomie en santé.

Les projets attendus peuvent porter sur (liste non exhaustive) :

- L'accès à la prévention et aux soins des familles, parents et enfants en situation de non recours ou d'éloignement des soins et du système de santé.
- Le développement des programmes d'ETP basée sur l'universalisme proportionné
- Le développement d'actions d'accompagnement à l'autonomie en santé des personnes (des actions de santé communautaires, déploiement de dispositifs de pair-aidance, publics spécifiques...).

## 4/Principes généraux de valorisation et de priorisation des projets

**Sont attendus des projets d'envergure, originaux, ayant une réelle plus-value sur la lutte contre les ISS, partenariaux ou interinstitutionnels.**

**Ainsi seront priorisés :**

- Les projets qui intègrent explicitement la prise compte des ISS dans leurs objectifs et une méthodologie ad hoc permettant de les réduire.
- Les projets dont la logique d'action repose sur **la participation effective des personnes accompagnées et accueillies** dans une ou plusieurs des étapes du projet.
- Les projets prometteurs dans la lutte contre les ISS, **transférables dans d'autres territoires ou à plus grande échelle.**

## 5/Critères de sélection

Pour être retenus et financés, les projets tels que décrits dans les lettres d'intention devront répondre aux critères suivants :

1. **Cohérence** avec le Projet Régional de Santé la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, et la mesure 27 du Ségur de la santé, et inscription du projet dans les objectifs et priorités du présent AMI ;
2. **Cohérence avec les démarches engagées localement** (CLS, Projets Médicaux...);
3. **Compétences** du porteur de projet en matière de connaissance des enjeux des inégalités sociales de santé et actions qui participent à leur réduction ;

4. **Pertinence et qualité méthodologique** du projet, précisant les besoins identifiés sur le territoire d'intervention du projet, les livrables attendus aux différentes étapes du projet, les partenariats mis en œuvre en intersectorialité et l'inscription dans le contexte local ou régional ;
5. **Evaluation intégrée sur les ISS**, grâce à des d'indicateurs de **suivi et d'évaluation** d'impact sur les ISS, si possible réalisée ou accompagnée par un acteur spécialisé externe au projet (laboratoire de recherche en santé publique, cabinet conseil...) ;
6. **Faisabilité du projet** en termes d'aptitude du/des porteur(s) à mener à bien le projet, de précision des modalités de réalisation, du calendrier du projet ;
7. **Soutenabilité financière** et adéquation du budget au regard des objectifs visés et des actions à mener.

**Les projets peuvent avoir une durée prévisionnelle de 1 à 3 ans.** Ils ne devront pas excéder une durée de 3 ans. Le recrutement des personnels nécessaires au projet (coordination, compétences spécialisées ...) doit être envisagé sur la durée de réalisation du projet.

Les financements de frais de fonctionnement, de matériel et d'investissement doivent être cohérents et en lien direct avec la réalisation du projet.

Pour les projets pluriannuels, il conviendra de présenter un budget global ainsi que les actions et les budgets correspondants pour chaque année, 2022-2023-2024, le cas échéant.

**Les projets devront permettre de soutenir des actions pour un montant à minima de 100 000€ (sur la totalité de la durée du projet, à savoir 1, 2 ou 3 ans). Une attention particulière sera portée à la cohérence du projet avec l'enveloppe demandée.**

## 6/ Composition de la lettre d'intention (cf. annexe 1)

1. Nom et coordonnées de la personne responsable du projet
2. Territoire de mise en œuvre et public cible
3. Description du projet, ses objectifs et calendrier prévisionnel
4. Compréhension des enjeux des inégalités sociales de santé et en quoi le projet y répond-t-il ?
5. Modalités de suivi et d'évaluation envisagées,
6. Estimation du budget (global et par année),

**Les dossiers de lettre d'intention incomplets ne seront pas recevables.**

## 7/Modalités d'organisation de l'AMI

### a) Calendrier prévisionnel

- Date de lancement de l'AMI : 17 septembre 2021
- Date limite du dépôt des lettres d'intention : 1<sup>er</sup> novembre 2021
- Comité de sélection : Semaine du 15 novembre 2021
- Notification aux promoteurs : semaine du 22 novembre 2021
- Envoi des dossiers de candidatures : 15 décembre 2021
- Signature des conventions et versement des contributions financières : début janvier 2022.

### b) Modalités de dépôt des projets

La lettre d'intention est soumise sous format électronique selon le modèle prévu en annexe 1. Elle doit être transmise au format « .docx » ou « .pdf ».

**Envoi électronique** à l'adresse mail : [ars-oc-iss@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-iss@ars.sante.fr) ; copie à [laurent.poquet@ars.sante.fr](mailto:laurent.poquet@ars.sante.fr) et [jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr](mailto:jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr) **avant le 1<sup>er</sup> novembre 2021 18h00 dernier délai**, en précisant l'objet « Lettre d'intention AMI Mesure 27 – XXX », XXX étant le nom du porteur de projet.

**Un accusé de réception vous sera adressé, faisant seul foi du dépôt.**

### c) Modalités d'instruction de dossiers

L'instruction et la sélection des projets seront réalisées par un comité de sélection.

Ce comité de sélection sera composé :

- Du commissaire à la lutte contre la pauvreté d'Occitanie,
- D'un représentant de l'Assurance Maladie,
- D'instructeurs de l'ARS,
- De 2 représentants des usagers,
- D'un représentant du conseil d'appui scientifique spécialiste des ISS.

Le comité rend un avis transmis au Directeur général de l'ARS décisionnaire des financements accordés. Suite au comité de sélection, une notification des résultats sera adressée aux candidats selon le calendrier prévisionnel du point 7.

### d) Modalités de financement des projets

Le financement des projets retenus sera assuré au titre du fonds d'intervention régional (FIR), sur des crédits fléchés dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé.



Une convention décrivant les modalités de financement et d'évaluation du projet sera établie entre l'Agence régionale de santé et l'organisme porteur du projet.

Dès notification des résultats, afin de permettre l'engagement des crédits, le porteur du projet devra transmettre à l'ARS le formulaire Cerfa dûment complété.

#### e) Demande de précisions pour l'AMI

Laurent POQUET

Délégué régional à la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé

05 34 30 27 40 ou 06 84 68 30 54 | [laurent.poquet@ars.sante.fr](mailto:laurent.poquet@ars.sante.fr)

Jeanne BLANC-FEVRIER

Chargée de mission à la lutte contre les Inégalités Sociales de Santé

05 34 30 25 77 ou 07 61 43 60 48 | [jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr](mailto:jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr)



## Annexe 1 – Lettre d'intention

### Nature de la structure porteuse

---

*Raison sociale :*

*Statut juridique :*

*Adresse :*

*Le cas échéant :*

*Dénomination de la structure :*

*Numéro FINESS juridique et géographique :*

---

### Coordinateur du projet

---

*Nom et Prénom :*

*Numéro de téléphone :*

*Adresse mail :*

*Signature :*

---



**Territoire d'intervention et public cible**

---

**Description du projet, ses objectifs, calendrier prévisionnel du projet (500 mots maximum)**

---

---

**Compréhension des enjeux des inégalités sociales de santé et en quoi le projet y répond-t-il ? (500 mots maximum)**

---

### Modalités de suivi et d'évaluation envisagées

---

### Estimation du budget global et par année en grands postes de dépenses

*(Charges de personnel et autres charges, subvention sollicitée, autres subvention et auto-financement)*

---

### Modalités de dépôt de la lettre d'intention

La lettre d'intention est soumise sous format électronique selon le modèle prévu en annexe 1. Elle doit être transmise au format « .docx » ou « .pdf ».

**Envoi électronique** à l'adresse mail : [ars-oc-iss@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-iss@ars.sante.fr) ; copie à [laurent.poquet@ars.sante.fr](mailto:laurent.poquet@ars.sante.fr) et [jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr](mailto:jeanne.blanc-fevrier@ars.sante.fr) avant le **1<sup>er</sup> novembre 2021 18h00 dernier délai**, en précisant l'objet « Lettre d'intention AMI Mesure 27 – XXX », XXX étant le nom du porteur de projet.

**Un accusé de réception vous sera adressé, faisant seul foi du dépôt.**