****

**Direction de l’offre de soins**

**Pôle soins de ville et hospitaliers**

****

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à projets (AAP) - Région Nouvelle-Aquitaine**

Déploiement de médicobus dans les territoires ruraux avec des difficultés d’accès aux soins

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS : 12 janvier 2024

L’envoi des dossiers s’effectue sous forme dématérialisée à :

* la délégation départementale correspondante : [ARS-DD16-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD16-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD17-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD17-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD19-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD19-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD23-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD23-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ars-dd24-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd24-direction@ars.sante.fr) ; [ARS-DD33-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD33-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD40-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD40-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ars-dd47-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd47-direction@ars.sante.fr) ; [ARS-DD64-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD64-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD79-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD79-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD86-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD86-DIRECTION@ars.sante.fr) ; [ARS-DD87-DIRECTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD87-DIRECTION@ars.sante.fr)
* ET la direction de l’offre de soins de l’ARS Nouvelle-Aquitaine : [ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr](mailto:ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr)

**Identité du porteur** (1 seule entité possible)

Type de structure : CPTS MSP CDS Etablissement de santé

Nom du porteur (entité juridique) : ……………………………………………………………………

Statut juridique : ………………………………………………………………………………………

N° SIRET ou FINESS : ………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………

CP - Ville : ……………………………………………………………………………………………..

Référent(s) en charge de la coordination du projet :

Nom, prénom : ……………………………………………………………………………………….

Fonction : ……………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………………………………………….

Email : …………………………………………………………………………………………………

**Présentation du projet**

1. **Contexte du projet** (réflexion collective, opportunités territoriales, articulation avec les initiatives déjà en place sur le territoire ciblé…)**:**
2. **Collectivités territoriales  partenaires du projet :**
3. **Territoire ciblé :**

Cartographier l’itinéraire du médicobus :

Décrire les besoins en santé de la population ciblée, notamment :

* Le nombre de patients sans médecin traitant :
* Le délai moyen actuel d’accès à une consultation en médecine générale (soins programmé) :
* Le taux actuel de dépistage du cancer du sein :
* La part de femmes sans suivi gynécologique :
* Autres caractéristiques :

<https://rezonecpts.ameli.fr/>

1. **Offre de soins envisagée :**

Description de l’offre de médecine générale dont la réponse aux soins non programmés :

Description de l’offre de prévention :

* Des rendez-vous de bilan de prévention aux âges clés (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans) dans une logique d’aller-vers
* Le dépistage du cancer du sein
* Les entretiens périnataux précoces

Autre prise en charge proposée :

1. **Caractéristiques de fonctionnement :**

Composition de l’équipe du médicobus (profession et quotité de travail en ETP) :

Volume et fréquence de mise en service du médicobus (ex : 4 demi-journées chaque semaine) :

Estimation du nombre de consultation médicale par demi-journée :

Détail de l’offre envisagée :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liste des communes desservies** | **Jours et horaires d’intervention** | **Type de prise en charge** | **Nombre estimatif de patients nécessitant une prise en charge** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Coordination du médicobus :**

Fonctionnement de la cellule de coordination :

Communication envisagée auprès des professionnels de santé, des patients et des communes :

Articulation avec la CPTS du territoire (si elle existe et qu’elle n’est pas le porteur du dispositif) et avec le SAS :

1. **Caractéristiques techniques d’équipement :**

Type de véhicule, type d’équipement…

1. **Protocole de suivi et d’évaluation :**

Décrire le protocole permettant **le suivi et l’évaluation** du médicobus intégrant *a minima* les indicateurs ci-dessous.

Indiquer les modalités de mesure des indicateurs et leur valeur à T0.

* **le nombre de consultations assurées par profil de patients et par type de prise en charge (MG, gynéco, prévention…) ;**
* l’impact du projet sur la part des patients sans MT ;
* idéalement la baisse du délai de rdv à un MG ;
* augmentation du nombre d’entretiens prénataux précoces (EPP) et d’entretiens postnataux précoces (EPNP) ;
* augmentation du nombre de dépistages du cancer du sein (dépistage organisé et/ou individuel) ;
* augmentation du nombre de bilans de prévention effectués, suite à l’orientation des patients éligibles, vers les professionnels du territoire effecteurs de ces bilans (pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, médecins)

Ce suivi doit également permettre d’évaluer l’opportunité et la faisabilité d’implanter une offre locale pérenne en terme : de réponse aux besoins, de mobilisation de la ressource professionnelle et de rationalisation des moyens financiers et des ressources engagés.

1. **Financement du projet**

Liste des partenaires engagés dans le co-financement du dispositif pour une durée de 3 ans et leur niveau d’intervention(ex : mise à disposition du véhicule, soutien à l’investissement pour l’équipement, soutien aux charges de fonctionnement du matériel…) **:**

Budget prévisionnel à l’équilibre sur 3 ans de fonctionnement :

Annexer les lettres de soutien des collectivités territoriales et le cas échant des autres co-financeurs.

1. **Calendrier de mise en œuvre**

Date prévisionnelle de mise en service :

Eventuelle montée en charge du dispositif :