Trame type - **PROJET DE SANTE**

**Equipe de Soins Spécialisés - ESS**

**ESS de ………………..**

**Projet en date du .. / .. / ….**

*Préambule :*

*Selon l’article L1444-11-1 du code de la santé publique, une* [*équipe de soins spécialisés (ESS)*](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000038821303/)*, est «****un ensemble de professionnels de santé******constitué autour de******médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale****».*

*L’ESS assure des activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, et contribue à la structuration des parcours. De ce fait l’ESS travaille en lien étroit avec les CPTS.*

***L’ESS rédige un projet de santé*** *qui formalise cette coordination.*

***Cette « trame type de projet » est proposée afin d’aider professionnels à élaborer leur projet de santé. Elle n’est pas opposable et peut être modifiée si besoin.***

* ***Le projet de santé est transmis au service régional de l’offre de soins ET aux des délégations départementales concernées de l’ARS Nouvelle-Aquitaine :***

[ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr](mailto:ars-na-offre-de-soins-sse@ars.sante.fr)

[ars-dd16-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd16-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd17-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd17-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd19-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd19-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contatcs)

[ars-dd23-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd23-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd24-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd24-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd33-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd33-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd40-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd40-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd47-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd47-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd64-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd64-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd79-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd79-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd86-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd86-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

[ars-dd87-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-dd87-direction@ars.sante.fr?subject=ARS%20Nouvelle-Aquitaine%20-%20Contacts)

Table des matières

[**1.** **Identification de l’ESS** 2](#_Toc103010304)

[**2.** **Diagnostic territorial** 2](#_Toc103010305)

[**3.** **Composition de l’ESS et partenariats** 3](#_Toc103010306)

[**4.** **Objectifs de l’ESS** 3](#_Toc103010307)

[**5.** **Modalité de coordination / outils numériques** 4](#_Toc103010308)

[**6.** **Calendrier de déploiement de l’ESS** 5](#_Toc103010309)

1. **Identification de l’ESS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’ESS** | **………………………………………………………..** |
| **Porteur de l’ESS** | Nom, prénom : ………………………………………..  Profession : ……………………………………………..  Lieu d’exercice : ………………………………………  Téléphone : ……………………………………………..  Courriel : …………………………………………………. |
| **statut juridique envisagé** | * SISA * Association loi 1901 * Autres :………………………………. |

**Territoire envisagé par l’ESS** (carte)

1. **Diagnostic territorial**

**Etat de la démographie pour la/les spécialités sur le territoire ciblé :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Analyse des besoins de la population**

Préciser les caractéristiques de la population, les besoins exprimés par les CPTS et en particulier les médecins généralistes, …. :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Modalités actuelles d’orientation des patients et d’accès aux soins sur la/les spécialités concernées :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Coordinations existantes entre acteurs et leurs éventuelles faiblesses,** (intégrant la coordination ville/hôpital) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Fragilités observées au niveau des parcours de soins** (en lien avec les CPTS du territoire) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Autres éléments de diagnostic :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Composition de l’ESS et partenariats**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégorie professionnelle / spécialités** | Nb de professionnels intégrés à de stade du projet | Nb estimatif de professionnels intégrés après montée en charge de l’ESS (localisation) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Liste des professionnels de santé intégrés dans le projet :** compléter l’annexe 1

**Modalités d’intégration des spécialistes** y compris ceux implantés dans les zones en sous-densité**:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Liste/cartographie des partenaires du projet** (établissements de santé, MSP, ESP, CPTS, …) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Objectifs de l’ESS**

Les activités développées par les ESS devront prendre en compte les organisations déjà en place et être mise en place en lien avec les CPTS. La réponse apportée doit correspondre au besoin de chaque territoire.

|  |  |
| --- | --- |
| OBJECTIFS | ACTIONS ENVISAGEES |
| **Accès aux soins et à l’expertise,**  en particulier dans les territoires où la densité de ces spécialistes est faible (consultations avancées, téléconsultations, téléexpertise, coopération pluriprofessionnelles, …), préciser les modalités et lieux d’intervention, les l’amplitude horaire, … |  |
| **Soins non programmés**  en lien avec les CPTS(dans les départements où le SAS est déployé, cet accès devra être développé sous forme d’une filière du SAS) |  |
| **Amélioration des parcours** en lien avec les CPTS |  |
| **Actions de prévention** en lien avec les CPTS |  |
| **Autre …** |  |

1. **Modalité de coordination / outils numériques**

**Modalités de fonctionnement de l’ESS :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Organisation pluriprofessionnelle de l’ESS** si concerné (RCP, protocoles, délégation tâche, …)**:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Outils numériques envisagés pour la production de soins** (télémédecine, ligne téléphonique dédiée, …) **:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Outils numériques envisagés pour la coordination entre professionnels de santé** (consultation et échange de données patients, régulation des demandes, …) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’ESS devra tant que possible intégrer les outils numériques régionaux consultables sur <https://www.esea-na.fr/>

1. **Calendrier de déploiement de l’ESS**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SIGNATURES**

Projet de santé établi en date du :

**Signatures des professionnels de santé** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession |
| Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession |
| Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession |
| Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession | Nom / Prénom  Profession |

**Annexe 1**: liste des professionnels de santé intégrés dans l’ESS (adhérant au projet de santé)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom/prénom** | **Catégorie professionnelle** | **Lieu d’exercice** *(commune)* | **Exercice libéral**  *(si concerné, préciser le nom de l’établissement privé)* ***– préciser le secteur*** | **Exercice salarié *(****préciser le nom de la structure)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |